

**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental  
e Psiquiátrica**

Relatório de Estágio

**O Auto-Estigma: Intervenção na Pessoa com Doença  
Mental**

**Maria Emília Correia Raposo**

---

**Lisboa  
2020**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental  
e Psiquiátrica**

**Relatório de Estágio**

**O Auto-Estigma: Intervenção na Pessoa com Doença  
Mental**

**Maria Emília Correia Raposo**



Orientador: Prof<sup>fa</sup> Maria Isabel da Costa e Silva



**Lisboa  
2020**

*“The normal and the stigmatized are not persons but rather perspectives”*

*Erving Goffman, 1963*

## AGRADECIMENTOS

À Professora Isabel Costa e Silva, pela disponibilidade demonstrada na orientação e acompanhamento deste trabalho, pelos momentos de reflexão e crescimento pessoal e profissional.

À equipa multidisciplinar da Casa de Saúde da Idanha, pela partilha, suporte e colaboração e principalmente pela experiência que se demonstrou essencial para o meu crescimento e desenvolvimento, e particularmente às colegas Sónia e Marta que através da sua individualidade me mostraram o caminho.

Às pessoas a quem prestei cuidados, pela partilha das suas vivências, medos, sentimentos e pela confiança que depositaram em mim.

À Cândida, amiga e colega, que foi a impulsionadora e motivadora de todo este processo, que viu o meu potencial e sempre acreditou em mim.

Às restantes colegas com quem trabalho, que compreenderam, ajudaram e nunca duvidaram, mesmo quando eu duvidei.

Às colegas da escola que viveram e sentiram comigo o bom e o difícil, mas não impossível.

À minha filha que apesar do grande orgulho que ela sente por mim, também sentiu muito a minha falta, mas principalmente a minha presença e atenção.

À enfermeira Alice por ter plantado em mim a semente do que viria a ser este trabalho.

À minha família que sempre demonstraram o grande orgulho que sentem por mim.

Ao Luís, um amigo muito especial que muito me apoiou durante grande parte deste percurso.

Mas principalmente à minha mãe. Sem ela nada seria possível, pelo apoio incondicional que mais uma vez me deu, pelo discurso motivacional, pelas noites que fez de mãe e avó para a minha filha, pelo descanso de que abdicou, pelo orgulho demonstrado, pelo sofrimento partilhado.

Sou o que sou porque ela me apoiou, devo-lhe mais do que a vida, devo-lhe a minha essência.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Enf<sup>a</sup> - enfermeira

## **LISTA DE SIGLAS**

DE - Diagnósticos de Enfermagem

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

EESMP - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ISMI - Escala de Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental

MMS - Mini Mental State

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

QV - Qualidade de Vida

*WHO* - World Health Organization

## RESUMO

Este relatório de estágio no âmbito do mestrado em enfermagem, descreve e reflete sobre o percurso formativo realizado ao longo do estágio onde se implementou um projecto de intervenção de enfermagem com vista a minimizar o auto-estigma na pessoa com doença mental, e demonstrar o desenvolvimento das competências de EESMP.

A ocorrência do auto-estigma está relacionada com a falta de informação e excesso de confiança nos estereótipos, assim considera-se que as intervenções psicoeducativas possuem alguma efectividade.

Os objetivos foram aprofundar conhecimentos ao nível dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, identificar as necessidades e problemas da pessoa com doença mental nos diferentes contextos, desenvolver intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades e problemas identificados, implementar intervenções especializadas de enfermagem para minimizar o auto-estigma na pessoa com doença mental e refletir sobre a especificidade dos cuidados de enfermagem prestados em cada contexto.

Foi utilizada uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, articulando entre as atividades desenvolvidas, as aprendizagens efectuadas no estágio, a evidência científica, e as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que os programas de psicoeducação implementados em contexto de estágio contribuíram para a minimização do auto-estigma na pessoa com doença mental. Torna-se evidente a necessidade de investir na identificação dos fatores geradores de estigma e auto-estigma e de investir na implementação de intervenções dirigidas a este stressor.

**Palavras-chave:** Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Pessoa com Doença Mental, Auto-estigma, Psicoeducação.

## **ABSTRACT**

This internship report within the scope of the master's degree in nursing, describes and reflects on the training path carried out during the internship where a nursing intervention project was implemented in order to minimize self-stigma in people with mental illness, and demonstrate the development of EESMP competences.

The occurrence of self-stigma is related to the lack of information and overconfidence in stereotypes, so it is considered that psychoeducational interventions have some effectiveness.

The objectives were to deepen knowledge at the level of mental health and psychiatric nursing care, identify the needs and problems of the person with mental illness in different contexts, develop nursing interventions according to the identified needs and problems, implement specialized nursing interventions for minimize self-stigma in people with mental illness and reflect on the specificity of nursing care provided in each context.

A descriptive and critical-reflexive methodology was used, articulating between the activities developed, the learning carried out in the internship, the scientific evidence, and the skills of the nurse specialist in mental health and psychiatric nursing.

Analyzing the results obtained, it appears that the psychoeducation programs implemented in the context of an internship contributed to the minimization of self-stigma in people with mental illness. It becomes evident the need to invest in the identification of factors that generate stigma and self-stigma and to invest in the implementation of interventions aimed at this stressor.

**Keywords:** Mental Health and Psychiatric Nursing, Person with Mental Illness, Self-stigma, Psychoeducation.

# Índice

	Pág
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. QUADRO DE REFERÊNCIA .....</b>	<b>13</b>
<b>1.1- A PESSOA COM DOENÇA MENTAL E O ESTIGMA .....</b>	<b>13</b>
1.1.2 <i>Auto-estigma.....</i>	17
<b>1.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADAS .....</b>	<b>20</b>
<b>2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO .....</b>	<b>25</b>
<b>2.1.CONTEXTO COMUNITÁRIO .....</b>	<b>25</b>
2.1.1. <i>Caracterização do Serviço.....</i>	25
2.1.2. <i>Descrição das atividades realizadas.....</i>	26
<b>2.2. CONTEXTO DE INTERNAMENTO .....</b>	<b>38</b>
2.2.1. <i>Caracterização do Serviço.....</i>	38
2.2.2. <i>Descrição das atividades realizadas.....</i>	38
<b>2.3 ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>52</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS E/OU APÊNDICES.....</b>	<b>68</b>

## Anexos

Anexo I - ISMI: Estigma internalizado em pessoas com doença mental

Anexo II - *Attribution Questionnaire 27*

## Apêndices

Apêndice I - Quadro com os artigos científicos pesquisados

Apêndice II - Autorização para aplicação do instrumento de avaliação

Apêndice III - Plano do programa de psicoeducação

Apêndice IV - Plano da sessão 5 “Socializar”

Apêndice V - Avaliação da satisfação do programa de psicoeducação

Apêndice VI - Plano de Sessão Formativa - “Estigma face à doença mental, atitudes dos profissionais de saúde



## INTRODUÇÃO

Este relatório pretende refletir sobre o que foi proposto no projeto de estágio e o trabalho desenvolvido durante a sua implementação. O estágio decorreu numa instituição de saúde mental e psiquiátrica da região de Lisboa, no período de 23 de setembro a 22 de novembro de 2019, em contexto comunitário e de 26 de novembro de 2019 a 7 de fevereiro de 2020 em contexto de internamento.

Apesar de não ter experiência na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença mental, percebi ao longo dos anos, que o número de pessoas com doenças mentais tem aumentando a um ritmo cada vez maior, assim como todos os problemas e dificuldades inerentes a esta problemática. A descentralização dos cuidados na área da saúde mental, faz com que estas pessoas e suas famílias recorram cada vez mais aos cuidados de saúde primários, tanto na fase aguda da doença, como na fase de reabilitação, e que a maioria dos profissionais de saúde não se encontram preparados para cuidar destas pessoas e famílias, nem tão pouco sensibilizados para todas as dificuldades relacionadas com a sua situação. O desconhecimento e a desinformação relativamente à pessoa e à doença mental, faz com que os profissionais de saúde adotem atitudes e comportamentos que não são compatíveis com o estabelecimento de uma relação terapêutica, essencial para a especificidade dos cuidados de enfermagem nesta área. Este facto impede a prestação de cuidados com qualidade, e mais grave, pode até contribuir para o agravamento dos sintomas e dificuldades.

Esta ideia é corroborada por Kingdon, Sharma & Hart (2004) ao referirem que, apesar das atitudes dos profissionais de saúde serem mais positivas do que as do público em geral em relação à doença mental, as atitudes paternalistas ou negativas são frequentes. De acordo com Tapia, Castro & Poblete (2015) o estigma proveniente dos serviços de saúde, tende a perpetuar os processos de estigmatização através do poder social que representa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) define o conceito de estigma como um sentimento de vergonha e/ ou desaprovação que faz com que uma pessoa seja rejeitada, discriminada e excluída da participação em várias áreas da sociedade. Neste sentido, o estigma pode ter efeitos prejudiciais sobre a saúde e o bem-estar dos indivíduos que vivem com uma doença mental (Guruge, Wang & Jayasuriya-Illesinghe, 2016).

O medo de ser estigmatizado ou rotulado é uma das principais razões pelas quais muitas pessoas que vivem com uma doença mental não procuram ajuda. Estas pessoas relatam que o estigma é mais limitante e incapacitante do que a própria doença. O estigma pode significar ser excluído por amigos e familiares, ser discriminado por profissionais de saúde e ser tratado injustamente no local de trabalho (Pietrus, 2014).

Em relação ao estigma em indivíduos que sofrem de doença mental, a sua manifestação mais séria é a internalização ou auto-estigma (Yang et al., 2013). O estigma internalizado tem sido relacionado com crenças de autodesvalorização e autodiscriminação, com diminuição da qualidade de vida (QV), da autoestima, da autoeficácia e com o agravamento dos sintomas (Ritsher & Phelan, 2004; Boyd, Adler & Otilingam, 2014).

A estigmatização e a discriminação das pessoas que sofrem de doença mental são uma realidade a nível mundial, conforme refere a OMS no Plano de Ação de Saúde Mental 2013-2020. Já em 2001, a OMS declarou o estigma como “a barreira mais importante a ser superada”.

Em países desenvolvidos verifica-se que esta é a barreira mais significativa no que concerne ao acesso a cuidados de saúde mental (WHO, 2005).

A OMS (2000) indica que cerca de metade de todo o sofrimento associado a situações de saúde/doença, no Ocidente, é devido a perturbação mental. Estima-se que 450 milhões de pessoas no mundo vivem com uma doença mental (Drew, Freeman & Funk, 2010).

Com a publicação, em 2013, do 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, integrado no *World Mental Health Survey Initiative*, da OMS e da *Harvard University*, verificou-se que Portugal é um dos países com a prevalência mais elevada de doenças mentais na Europa (Caldas de Almeida, Xavier & Cardoso, 2013).

Nesta perspectiva, no Programa Nacional para a Saúde Mental (2017, p.17), é dado destaque à necessidade de reduzir o impacto das perturbações mentais na população portuguesa, constituindo-se como um dos desígnios do programa, o “desenvolver ações de promoção da saúde mental e combate ao estigma na população adulta e na área da infância e adolescência”.

As intervenções de prevenção e gestão na área da saúde mental estão cada vez mais em destaque e é prioritário mudar de paradigma, tanto ao nível dos cuidados, como ao nível das políticas e serviços de saúde mental. De acordo com a Direção

Geral da Saúde (2017), é necessário investir em programas psicoeducativos virados para a promoção do bem-estar e da saúde mental da população em geral, assim como do tratamento e reabilitação das pessoas com doença mental.

Torna-se assim importante o investimento na implementação de intervenções específicas de âmbito psicoeducativo na área do estigma e do auto-estigma, de forma a ir ao encontro do Programa Nacional para a Saúde Mental. Neste sentido, a temática do projeto incidiu sobre o auto-estigma na pessoa com doença mental. Os Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) podem e devem ter um papel activo, contribuindo através das suas intervenções autónomas para a diminuição dos efeitos do auto-estigma na pessoa com doença mental no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Tendo em conta as necessidades da população portuguesa, nomeadamente no combate ao estigma na pessoa com doença mental, a questão de partida é:

- Quais as intervenções do EESMP na minimização do auto-estigma na pessoa com doença mental?

Para dar resposta a esta questão foram definidos os seguintes objetivos a desenvolver em estágio:

- Identificar as necessidades e problemas da pessoa com doença mental em contexto comunitário e internamento.
- Desenvolver intervenções especializadas de enfermagem de acordo com as necessidades e problemas identificados na pessoa com doença mental em contexto comunitário e internamento.
- Implementar intervenções de âmbito psicoeducativo para minimizar o auto-estigma na pessoa com doença mental.
- Demonstrar um elevado nível de autoconhecimento e de tomada de consciência a nível pessoal e profissional, nos vários contextos de implementação do projeto.

O estágio teve a finalidade de desenvolver e consolidar as competências de EESMP, tendo por base o auto-estigma na pessoa com doença mental.

Benner (2001) referindo-se ao modelo de aquisição de competências, afirma que as aprendizagens realizadas dependem da situação. Uma enfermeira que seja considerada perita num determinado contexto, passa rapidamente a ser considerada uma enfermeira iniciada num contexto onde nunca tenha trabalhado e onde não tenha qualquer experiência. Este é o meu caso pois sou considerada perita na minha área

de cuidados onde já trabalho há largos anos, mas na área da saúde mental sou uma iniciada. A mesma autora realça assim a ideia de que as aprendizagens com significado ocorrem perante as situações reais, no contexto específico onde decorrem as situações e em relação às quais se pretende desenvolver competências (Benner, Lourenço, & Queirós, 2001). Percebe-se assim a importância das aprendizagens realizadas em estágio, onde a teoria é mobilizada, adaptada e operacionalizada, sendo a prática refletida e reinterpretada à luz da teoria e da Evidência Científica.

Este trabalho sustenta-se num corpo de conhecimentos teóricos e científicos sobre o auto-estigma e a intervenção de enfermagem na pessoa com doença mental, a qual está alicerçada no Modelo de sistemas de Betty Neuman.

Para a elaboração de um quadro de referência que me permitisse compreender a problemática em estudo, foi realizada pesquisa nas bases de dados Medline, Cinahl e centros de documentação utilizando as seguintes palavras-chave: enfermagem/nursing; pessoa com doença mental/ person with mental illness; auto-estigma /self-stigma e psicoeducação/psychoeducation.

Foram usados os seguintes delimitadores: texto integral, artigos editados nos últimos 5 anos, em língua portuguesa e inglesa e estudos com amostras de adultos com mais de 19 anos, tendo sido obtidos 42 artigos. Procedeu-se posteriormente a uma leitura atenta dos resumos, tendo sido selecionados 10 artigos (apêndice I). Foi também utilizada literatura cinzenta.

Por serem necessárias medidas válidas para a avaliação do auto-estigma, de forma a aumentar a compreensão do mesmo e dos fatores que contribuem para a sua ocorrência, foi utilizada a versão em português da escala ISMI (escala de estigma internalizado em pessoas com doença mental) (anexo I).

Este relatório, foi organizado em três partes. A primeira integra o enquadramento conceptual da problemática e o quadro de referência de enfermagem que sustentam a análise e as intervenções desenvolvidas em estágio. Na segunda parte, encontra-se a descrição das intervenções desenvolvidas em estágio, a análise e reflexão sobre as mesmas, fundamentais ao desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a demonstração da mobilização das competências específicas do EESMP. Por último, as considerações finais, as limitações e dificuldades encontradas, assim como as questões emergentes decorrentes deste processo.

## **1. QUADRO DE REFERÊNCIA**

Este capítulo pretende enquadrar conceptualmente a problemática em estudo e abordar o quadro de referência que sustenta a análise e as intervenções desenvolvidas em estágio.

São abordados os conceitos de estigma e auto-estigma na pessoa com doença mental, o processo de estigmatização, os factores intervenientes, os tipos de estigma e as consequências ou implicações na vida da pessoa com doença mental. É descrito o instrumento de avaliação do auto-estigma e as intervenções de enfermagem especializadas que a evidência científica aponta como sendo as mais eficazes na abordagem da problemática em estudo.

### **1.1- A pessoa com doença mental e o estigma**

A doença mental tem repercussões na funcionalidade e quotidiano da pessoa. É um processo complexo que resulta em dificuldades na adaptação e gestão dos problemas, tornando a pessoa mais vulnerável. As pessoas com doença mental lidam diariamente com pessoas ou instituições que representam obstáculos sociais.

A doença mental ainda é considerada um tabu, tendo como uma das mais lesivas consequências a exclusão social, que passa pelo isolamento das pessoas que não são aceites pela sociedade, por não se enquadrarem nos padrões habituais (Bento, 2014). Nesse sentido, este tipo de interação social, que pode ter consequências negativas para as pessoas com doenças mentais é designado de "estigmatização" ou simplesmente "estigma" (Yang et al., 2013).

Do ponto de vista da justiça social, o estigma da doença mental, é encarado em todo o mundo como uma das principais razões pelas quais os cuidados de saúde mental ficam aquém do tratamento de outras doenças crónicas (WHO, 2013).

Atitudes estigmatizantes sobre doenças mentais e tratamento criam uma grande barreira aos cuidados de saúde (Caplan, 2016).

Algumas doenças mentais e ambientes de cuidados de saúde mental podem ser severamente estigmatizantes, o que pode contribuir para a deterioração da qualidade das relações sociais das pessoas com doença mental e consequentemente para a diminuição da sua autoestima (Oliveira, Esteves & Carvalho, 2015).

Goffman (1975) define estigma como a identificação que um grupo social faz de uma pessoa ou grupo de pessoas, a partir de determinado problema físico,

comportamental ou social, sendo entendido como diferente e negativo. Este foi um dos autores que mais estudou o estigma e o processo de estigmatização. Este autor (1975) alerta que a pessoa estigmatizada é desvalorizada pelos outros porque a sua identidade social e a categoria em que é colocada são alvo de descrédito. O estigma é socialmente construído e depende dos relacionamentos e do contexto social.

Goffman (1975) explica o processo de estigmatização, referindo que a par da sociedade também ocorreu uma grande evolução relativamente ao estigma e a todos os fatores intervenientes. A pessoa alvo de estigma, tornou-se sinónimo de “banido socialmente”, colocado à margem da sociedade. O estigma tem a sua origem na categorização que fazemos das pessoas tendo apenas em conta os primeiros aspetos de um contato inicial. Ao fazê-lo, criamos expectativas não reais sobre essas pessoas, ou seja, fazemos preconceções. O que acontece é que atribuímos àquela pessoa ou grupo, uma identidade social que não é real, mas antes virtual, surgindo os estereótipos. Quando associamos a uma pessoa características que a colocam numa categoria menos desejável, essa categorização tem um efeito de desvalorização, tornando-se um estigma (Goffman, 1975).

Segundo Thornicroft, Rose & Kassam (2007), o estigma compreende ignorância, preconceito e discriminação.

De acordo com Sousa (2012), este é um processo complexo que pode apresentar-se sob diversas formas e com consequências a vários níveis. O estigma deve ser abordado tendo em consideração várias dimensões: a forma como o estigma é percebido pela pessoa que provoca a estigmatização; a forma como o estigma é percebido pela pessoa que é alvo do mesmo; a existência ou não de um sentimento de pertença a um grupo e o grau desse sentimento; e a reação tanto do estigmatizador como do estigmatizado às consequências do estigma.

Um dos principais fatores que limita o funcionamento e aceitação das pessoas com doença mental na comunidade é o estigma geral relativo à doença mental e às pessoas com esta patologia (Melnikov, Elyan-Antar & Schor, 2017).

Conforme sustentado pela literatura (Livingston e Boyd, 2010), existem três níveis de estigma em relação à pessoa com doença mental e devem ser diferenciados em: estigma social (conhecido como estigma público ou promulgado), estigma institucional (relacionado com as culturas institucionais e os profissionais que lidam com as pessoas com doença mental) e o estigma internalizado, conhecido como auto-estigma.

O estigma público ou social ocorre quando grandes segmentos da população concordam com os estereótipos e rotulagens negativas (Corrigan, Morris & Michaels, 2012). Os rótulos ou estereótipos estão frequentemente associados ao eventual perigo, fraqueza e inutilidade desses indivíduos, gerando atitudes e atos discriminatórios de rejeição ou omissão em relação aos mesmos (Corrigan & Shapiro, 2010). Também Kosyluk et al. (2018) confirmam esta ideia, referindo que os indivíduos com doença mental experienciam a discriminação através de atitudes como evitamento, coerção ou segregação.

A perigosidade, a imprevisibilidade comportamental, a incompetência, a infantilidade, a culpabilidade e o contágio são os estereótipos negativos associados às pessoas com doença mental e que resultam em reações emocionais ou preconceitos, também negativos, nomeadamente o medo, a raiva, a pena e a repugnância (Barrantes, Violante, & Graça, 2017). Segundo os mesmos autores (2017), apesar do aumento crescente do conhecimento e aceitação da doença mental por parte da sociedade, crenças fortemente enraizadas como a perigosidade continuam presentes na atualidade. Isto leva a repercussões emocionais que afetam igualmente quem estigmatiza e quem é estigmatizado, surgindo medo, ansiedade, vergonha, irritação e compaixão.

O estigma público ou social resulta em perda de status e discriminação na obtenção de habitação, emprego e noutros setores sociais e afeta grandemente pessoas com menos poder, recursos e influência política (Link & Phelan, 2001).

As atitudes em relação às pessoas com doença mental são influenciadas por muitos fatores, incluindo aspetos culturais, nível educacional e o tipo de relacionamento e proximidade (Cheang & Davis, 2014). O fato da pessoa conviver socialmente com pessoas com doença mental favorece a aceitação destas e diminui as atitudes estigmatizantes em termos gerais.

Relativamente ao estigma institucional, Kingdon et al. (2004) referem que este se encontra relacionado com as políticas das instituições públicas e privadas, incluindo os profissionais e funcionários que nelas trabalham. De acordo com os mesmos autores (2004), embora as atitudes dos profissionais de saúde em relação à doença mental sejam mais positivas do que as do público em geral, atitudes paternalistas ou negativas são frequentes, especialmente em relação ao prognóstico e às supostas possibilidades limitadas de recuperação.

Tapia et al. (2015) afirmam que em relação ao estigma proveniente dos serviços de saúde, é interessante notar que ele desempenha um papel essencial na geração de novas atitudes estigmatizantes e se posiciona, como um agente cuja autoridade tende a perpetuar os processos de estigmatização através do poder social que representa.

Ordan, Shor & Liebergall-Wischnitzer (2017) investigaram o estigma e as atitudes profissionais das enfermeiras em relação às mulheres no pós-parto, com doença mental grave. Neste estudo constataram que as enfermeiras que cuidavam de puérperas com doença mental grave e dos seus bebés tendiam a promover menos intervenções de rotina no pós-parto devido ao estigma profissional e apresentavam atitudes negativas em relação às habilidades parentais das mesmas.

Yeung, Irvine & Ng (2017) estudaram a população chinesa com o objetivo de examinar como as populações dão sentido às experiências de sofrimento mental e como esse entendimento influencia o seu percurso para a procura de cuidados de saúde mental. Ficou demonstrado que o estigma associado à doença mental impede que as pessoas façam uso dos recursos da comunidade. Deste modo, as instituições que reconhecem o estigma associado à doença mental podem ajudar melhor as pessoas e principalmente as famílias na gestão física, psicológica e social do seu papel de cuidadores.

Por sua vez, o estigma na família é uma condição na qual a desvalorização social associada à pessoa com doença mental se estende à própria família. Diversas implicações têm sido documentadas nas famílias de pessoas com algum transtorno mental, como, por exemplo, distúrbios do sono, alterações das suas relações interpessoais, empobrecimento de seu bem-estar e qualidade de vida (El-Tantawy, Raya & Zaki, 2010).

Do mesmo modo, Struening et al. (2001) acrescentam ser comum que ocorra um nível semelhante de isolamento e exclusão social nos elementos da família das pessoas com doença mental. No entanto, Loch (2012) também aponta para o facto de que a própria família pode ser uma fonte de preconceito e discriminação.

Hsiao, Lu & Tsai (2018) exploraram o grau de qualidade de vida relacionada com a saúde e examinaram o efeito mediador do senso de coerência familiar (capacidade de adaptação dos indivíduos às situações causadoras de stress) no nível de auto-estigma em indivíduos com esquizofrenia. Neste estudo concluíram que o conhecimento dos profissionais sobre o papel do senso de coerência familiar na



reabilitação da saúde mental, pode ajudar a fornecer intervenções terapêuticas para abordar o auto-estigma, promovendo assim a qualidade de vida em indivíduos que vivem com esquizofrenia.

Neste sentido no capítulo seguinte iremos aprofundar o conceito de auto-estigma e os instrumentos de avaliação do mesmo.

### **1.1.2 Auto-estigma**

O termo auto-estigma tem sido usado para se referir às visões estigmatizadas que os grupos marginalizados possuem em relação a si mesmos. No estigma internalizado ou auto-estigma, as pessoas com doença mental incorporam no seu processo de significação pessoal os estereótipos e preconceitos presentes na sociedade, os quais, por sua vez, constituem o que definimos como estigma público (Tapia et al., 2015), ou seja, o auto-estigma advém do estigma público.

Como consequência do auto-estigma ocorre uma diminuição da autoestima que afeta os comportamentos de procura de ajuda e cuidados, a aceitação do diagnóstico e do tratamento e o funcionamento familiar e as interações sociais (Jorm et al., 2006; Pyne et al., 2004).

Numa tentativa de evitar o rótulo de doente mental, bem como as consequências que daqui advêm, as pessoas portadoras desta patologia preferem não procurar, nem participar dos tratamentos e dos cuidados de saúde que estas doenças requerem (Bento, 2014).

Sabe-se hoje que a ausência e a distorção da informação contribuem para aumentar o estigma e o isolamento social, e que as atitudes negativas face à doença mental condicionam fortemente a procura de ajuda. O não reconhecimento de um problema de saúde mental encontra-se, muitas vezes, associado a atitudes negativas face à doença mental e ao tratamento, fazendo com que muitas pessoas afetadas adiem a procura de tratamento durante vários anos (Oliveira, 2015).

Para Ritsher & Phelan (2004), o estigma internalizado tem sido relacionado com crenças de desvalorização e auto discriminação, com diminuição da qualidade de vida, da autoestima, da autoeficácia e com o agravamento dos sintomas. Boyd et al. (2014), também partilham desta ideia referindo que as pessoas que internalizam o preconceito da doença mental sofrem auto-estigma e, como resultado, diminui a sua autoestima.

Segundo Branden (1993) o ser humano é incapaz de expressar todo o seu potencial sem autoestima e sem autoconfiança. Este autor (1993) define a autoestima como sendo a experiência de estar apto para as necessidades da vida, incluindo a capacidade de pensar e enfrentar os desafios da vida.

Para Payne (2003), a autoestima refere-se a uma avaliação que a pessoa faz de a si mesma, é o reflexo da competência e valorização percebida pela mesma.

Montoya e Landero (2013) consideram que é um conceito difícil de entender, pois encontra-se associado a uma multiplicidade de conceitos: a autoconsciência, a autoimagem, a auto-percepção, a auto-representação e o autoconceito.

Já Prados, García e Martínez (2018) referem que a autoestima tem sido tradicionalmente relacionada com o autoconceito. De facto, as primeiras definições não são claras no que diz respeito à distinção entre os termos e têm sido ambos usados para se referirem ao conhecimento que os indivíduos têm sobre si mesmos.

Corral, Castro e Aparicio (2016), afirmam que a baixa autoestima tem sido associada a sentimentos de isolamento, passividade e apatia; enquanto que uma alta autoestima está relacionada com relações interpessoais e sociais mais ativas e melhores.

Relativamente ao auto-estigma, de acordo com Oliveira, Carvalho e Esteves (2016), este também apresenta efeitos negativos na saúde física, podendo aumentar a probabilidade de queixas físicas, influenciar o nível de energia, produzir alterações na mobilidade, dor ou aumento da intensidade da mesma, desconforto, alterações no padrão de sono e repouso, e sensação de dependência da medicação. Oliveira (2015) no seu estudo sobre o papel do estigma internalizado e a sua relação com a auto-estima, confirmou que a autoestima exerce um papel de protecção na saúde física além de contribuir para diminuir os efeitos negativos do auto - estigma nas relações sociais.

Au, Wong e Law (2019) demonstraram que os diferentes estilos de coping podem afetar a relação entre o auto-estigma e o funcionamento do indivíduo. Como o enfrentamento do estigma pode ser modificável, esses efeitos devem ser investigados.

Para Van Brakel (2006) são necessários instrumentos válidos para a avaliação do estigma e do auto-estigma, de forma a aumentar a nossa compreensão dos mesmos e dos fatores que contribuem para a sua ocorrência. Constitui-se assim de grande

importância avaliar o nível de auto-estigma, assim como a efetividade das intervenções destinadas a reduzi-lo.

Oliveira et al. (2015) examinaram as propriedades psicométricas da versão em português da escala de estigma internalizado em pessoas com doença mental (ISMI), numa amostra de 253 pacientes adultos com doença psiquiátrica. Os resultados reforçaram a ideia da natureza transcultural do estigma internalizado ou auto-estigma, demonstrando que a versão em português da escala ISMI possui propriedades psicométricas adequadas.

A escala ISMI (anexo I) é um questionário de autopreenchimento, que contém 28 itens, divididos por 5 subescalas e que avalia a experiência subjetiva do estigma internalizado, ou auto-estigma nas pessoas com doença mental. As subescalas são: *afastamento social*, referente ao evitar relacionar-se e falar de si próprio por sentir que a experiência de ter uma doença mental é uma sobrecarga, com 8 itens (8, 10, 11, 12, 13, 19, 24, 26); *alienação*, que diz respeito à experiência subjetiva de não se sentir integrado na sociedade, com 7 itens (1, 4, 5, 7, 15, 16, 20); *adesão aos estereótipos*, que se refere ao grau de concordância com os estereótipos atribuídos às pessoas com doença mental, com 5 itens (9, 17, 18, 22, 28); *experiência de discriminação*, relacionado com a percepção da pessoa relativamente à forma como é tratada pelos outros, com 5 itens (2, 3, 14, 21, 27); e *resistência ao estigma* que se refere à experiência de resistir e/ou de não se sentir afetado pelo estigma, com 3 itens (6, 23, 25) de cotação invertida. Cada item é avaliado com uma escala de quatro pontos que variam de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente), com valores mais altos indicando níveis mais altos de auto-estigma. A pontuação total de cada subescala resulta da soma das pontuações dos itens respondidos, divididos pelo número total de itens respondidos: (por exemplo, se alguém responder 6 dos 7 itens da subescala “Alienação”, o total da subescala será obtido pela soma dos 6 itens respondidos, divididos por 6). A pontuação final deverá variar de 1 a 4 por dimensão (Ritsher, Otilingam & Grajales 2003; Oliveira, 2009, citado por Oliveira et al., 2015).

A escala ISMI será aplicada aos utentes com doença mental grave em ambos os contextos de estágio, com o objetivo de avaliar o nível de auto-estigma de cada utente e ajudar a direcionar o planeamento e desenvolvimento das intervenções de enfermagem em relação ao auto-estigma na pessoa com doença mental. Foi pedida autorização aos autores para a aplicação desta escala, tendo sido autorizada a sua utilização (apêndice II).

Avaliado o auto-estigma, são necessárias intervenções especializadas no combate ao estigma e auto-estigma na pessoa com doença mental.

## **1.2. Intervenções de Enfermagem especializadas**

As várias formas sob as quais se apresenta o estigma relacionam-se e influenciam-se mútua e continuamente, daí que a teoria dos sistemas de Neuman facilite a compreensão deste fenómeno.

O modelo de sistemas de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. Esta teoria tem como pressuposto que todos os elementos de uma organização complexa estão em interação e se influenciam continuamente.

A abordagem holística deste modelo é aplicável a pessoas que experienciam stressores complexos. O estigma, o processo pelo qual ocorre e as suas consequências, afetam as múltiplas variáveis da pessoa, pelo que podem ser considerados stressores complexos.

Neuman (2011) considera que os “padrões do todo”, as crenças e os valores culturais, influenciam a “consciência da parte”. Podemos considerar os “padrões do todo” como sendo os padrões da sociedade que se encontram na base da formação dos estereótipos que estão na origem do processo, e a “consciência da parte” que está relacionada quer com quem estigmatiza, como também se pode aplicar ao estigmatizado, particularmente ao auto-estigmatizado.

Este modelo teórico sustenta que todas as partes do sistema estão intimamente relacionadas e dependentes, daí que o estigma influencie negativamente todas as esferas da vida da pessoa e família. Com base neste modelo podemos identificar os seguintes stressores: o estigma; a reação da pessoa e família ao estigma e as consequências do mesmo na vida da pessoa e família.

O modelo de Neuman valoriza a prevenção primária que inclui a promoção da saúde, através da implementação de intervenções baseadas na transmissão de conhecimentos à pessoa, à família, aos profissionais e à sociedade, com o objetivo de diminuir o impacto dos stressores ambientais na pessoa e família. Estas intervenções podem prevenir a ocorrência do stressor estigma, e as reações ao mesmo, diminuindo o processo de estigmatização e as suas consequências, por exemplo, através de psicoeducação. As intervenções para serem consideradas

eficazes devem ser centradas nas pessoas e nas suas reais necessidades e dificuldades (Neuman & Fawcett, 2011).

Bento (2014) refere que a educação é o elemento chave no combate ao estigma. Quanto maior for o conhecimento do público, dos profissionais de saúde, da pessoa com doença mental e família acerca da doença e das consequências negativas que podem advir do estigma, mais facilmente compreendem as situações e mais rapidamente alteram os seus comportamentos e atitudes.

No mesmo sentido, Casados (2017) considera que as intervenções psicoeducativas possuem alguma efetividade, pois relaciona a ocorrência de estigma com a falta de informação e excesso de confiança nos estereótipos.

De acordo com Campos (2018), vários estudos têm demonstrado que as intervenções psicoeducativas têm sido eficazes em vários âmbitos, quer na redução da sintomatologia, quer no aumento da compreensão e adesão aos tratamentos. Conforme a especificidade de cada doença, a pessoa e os seus cuidadores passam a ter maior conhecimento sobre a doença em si, adotam estratégias para gerir melhor as situações de crise de modo a reduzir o stress, conseguem maior adequação na gestão das rotinas do quotidiano e, no geral, valoriza-se o papel social da pessoa.

Ainda segundo o mesmo autor (2018) a psicoeducação baseia-se em pontos fortes, focados no presente, e procura desenvolver técnicas estruturadas de resolução de problemas. Estas são utilizadas para ajudar a pessoa com doença mental e a sua família a remover barreiras e enfrentar situações carregadas de complexidade, utilizando a informação de forma eficiente e proactiva.

Relativamente ao auto-estigma, Corrigan, Roe & Tsang (2011), consideram que os "programas de empoderamento pessoal" seriam a melhor estratégia. Guasch, Sanjuan & Ribas (2016) reforçam esta ideia, referindo que capacitar a pessoa ajuda-a a desenvolver a autoconfiança, a autoestima e a derrubar os estigmas associados às doenças mentais.

Os programas anti-estigma que incluem a formação para desmistificar os mitos da doença mental, fazendo apelo à reestruturação cognitiva e usando abordagens de terapia cognitivo-comportamental, foram desenvolvidos para diminuir o auto-estigma, embora os resultados da pesquisa sobre o seu impacto não seja muito visível (Mittal, Sullivan & Chekuri, 2012; Yanos, Lucksted & Drapalski, 2014).

Contudo um estudo de Hasan & Musleh (2018) revelou que a consciencialização e autopercepção das condições de saúde mental, como na esquizofrenia, depressão e

ansiedade, tem implicações importantes para o planeamento dos programas anti-estigma.

Estudos mostram que as pessoas que aceitam a sua doença mental experimentam menos auto-estigma e maior qualidade de vida (Corrigan et al., 2010).

A pesquisa empírica sugere que as intervenções que adotam a abordagem psicoeducacional baseada na necessidade são eficazes na melhoria do conhecimento, reduzindo o auto-estigma (Sin & Norman, 2013; Amaresha et al. 2018). Estas intervenções proporcionam transmissão contínua de informações essenciais sobre a doença, sua evolução e tratamento; diminuição do stress; estratégias de coping; promovem a comunicação; são um complemento ao tratamento farmacológico; promovem os recursos pessoais, familiares e da instituição ou comunidade; são baseadas na evidência e são desenvolvidas por profissionais de saúde (Silva, 2017).

As intervenções psicoeducativas apresentam vários aspetos em comum, quer sejam desenvolvidas individualmente ou em grupo. Campos (2018) e Lebon (1997), concordam ao referir que as intervenções em grupo apresentam um grande potencial educativo e de socialização, e que estes contextos se mostram muito benéficos para o aumento da autoestima através da interação social e partilha de experiências e sentimentos, prevenindo o isolamento e promovendo a socialização. Os grupos proporcionam, entre outras coisas, oportunidades para enfrentar medos, angústias, culpas e conflitos presentes no quotidiano, favorecendo o autoconhecimento (Spadini & Souza, 2006).

Confirma-se assim a necessidade de desenvolver programas anti-estigma que tenham por base estratégias que se caracterizem por uma abordagem complementar, dirigindo-se não só às pessoas com doença mental, mas também às suas famílias, comunidade e grupos sociais influentes. Dentro dos grupos sociais influentes encontram-se os profissionais de saúde, pelo que se deve considerar a sua incorporação em programas anti-estigma (Tapia et al., 2015).

No que diz respeito ao estigma institucional, é fundamental por parte dos profissionais de saúde a promoção e adoção de um papel desestigmatizante. Este tem sido o objetivo dos processos de treino e capacitação dos profissionais da saúde em geral e da saúde mental em particular (Schulze, 2007).

Saridi et al. (2017) demonstraram a influência do estigma institucional ao registar as atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde em relação às pessoas com

depressão e às abordagens terapêuticas disponíveis. Os resultados mostraram atitudes mais otimistas dos profissionais de saúde em relação às habilidades dos doentes mentais, contudo mantiveram-se os estereótipos.

Ng Y.P., Rashid A. e O'Brien F. (2017), num estudo desenvolvido na Malásia, avaliaram as atitudes dos enfermeiros de cuidados de saúde primários em relação às pessoas com doença mental, fatores associados e a efetividade de uma curta intervenção de contato com base em vídeos. Os resultados mostraram que a intervenção foi eficaz na melhoria das atitudes dos enfermeiros em relação às pessoas com doença mental a curto prazo. Neste mesmo estudo foram ainda identificados fatores associados às atitudes menos estigmatizantes: as experiências de contato direto com pessoas com doença mental e o treino/experiência em contextos psiquiátricos foram associados à ocorrência de menor preconceito em relação às pessoas com doença mental, o que evidencia a necessidade de formação psiquiátrica com recurso a este tipo de intervenções (Ng Y.P., Rashid A., O'Brien F., 2017; Bingham, & O'Brien, 2018).

Winkler et al. (2017) procuraram estudar se pequenas intervenções com base em vídeos poderiam reduzir o estigma entre estudantes de enfermagem. As escolas participantes foram selecionadas aleatoriamente para usar com os estudantes um folheto informativo ou uma curta intervenção em vídeo ou um seminário envolvendo contato direto com uma pessoa com doença mental. Concluíram que o seminário teve o efeito mais significativo e estável sobre as atitudes e comportamentos dos alunos, porem o efeito das intervenções curtas em vídeo também foi considerável e estável ao longo do tempo. Foi apontada como vantagem o facto de as intervenções baseadas em vídeos serem consideravelmente mais económicas e fáceis de colocar em prática.

Moxham et al. (2016) desenvolveram um estudo com o objetivo de determinar se o estigma em relação às pessoas com doença mental variava de acordo com o tipo de formação que era facultada aos estudantes de enfermagem. Desenvolveram uma intervenção que consistia em promover uma interação entre os estudantes e pessoas com doença mental grave, durante 5 dias e fora do contexto clínico, e perceberam que estes obtiveram melhores resultados relativamente aos estudantes que frequentaram estágios típicos.

Consideramos também que a área de intervenção do EESMP não se deve confinar aos contextos clínicos. Melnikov et al. (2017) avaliaram a eficácia de um workshop conduzido por enfermeiros, com base em componentes cognitivos, psicoeducacionais

e comportamentais do estigma expresso publicamente e destinado a melhorar a atitude estigmatizante dos guardas em relação aos detidos com doença mental. Ficou demonstrado que o workshop aumentou significativamente o conhecimento e diminuiu as atitudes estigmatizantes.

Corrigan et al. (2012) refere que as intervenções mais comuns no combate ao estigma social da doença mental incluem protesto, educação e contacto direto. Segundo Oliveira (2015), programas que envolvam educação e contacto direto, parecem conduzir a resultados mais favoráveis na redução do estigma.

Corker et al. (2016) apontam algumas estratégias que podem reduzir o estigma público, as quais na sua maioria visam aumentar a consciencialização sobre as doenças mentais e promover atitudes positivas em relação às pessoas que vivem com e /ou são afetadas por uma doença mental.

Através da implementação de intervenções especializadas, o EESMP promove a autonomia, o autoconceito e o insight da pessoa e das situações clínicas de forma a desenvolver processos adaptativos mais eficazes.

Foi este tipo de intervenções que procurei desenvolver ao longo do estágio em contexto comunitário e hospitalar, as quais irei descrever no capítulo seguinte. Simultaneamente foram mobilizadas as competências específicas do EESMP, as quais são também referenciadas e analisadas.



## **2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO**

Neste capítulo são apresentados os contextos de estágio. São também, descritas as atividades desenvolvidas e apresentada a análise dos resultados obtidos sempre em articulação com as competências do EESMP mobilizadas e refletidas.

Na descrição das intervenções realizadas foi utilizada a taxionomia da Nanda, NOC e NIC, de acordo com Johnson (2009).

A revisão de literatura e a procura da evidência científica mais recente, para atualização de conhecimentos, foi uma atividade que desenvolvida ao longo de todo o estágio e que se refletiu nos trabalhos escritos elaborados, tais como, estudos de caso, registos de interação, no programa psicoeducativo de intervenção no auto-estigma, na sessão de psicoeducação sobre alimentação saudável, na sessão de formação aos profissionais e na realização do relatório de estágio.

Desde o início do estágio foram elaboradas notas de campo sobre as atividades desenvolvidas, com o intuito de realizar uma posterior análise e reflexão. A elaboração destas notas de campo ajudou também na tomada de consciência de sentimentos e pensamentos relacionados com as situações.

### **2.1. Contexto Comunitário**

A primeira fase do estágio, decorreu de 23 de setembro a 22 de novembro de 2019, em contexto comunitário de uma instituição de saúde com intervenção especializada em saúde mental e psiquiatria, da Área metropolitana de Lisboa, mais especificamente numa das residências e na consulta de enfermagem.

#### **2.1.1. Caracterização do Serviço**

Os utentes do serviço com sintomatologia psiquiátrica caracterizam-se, na sua maioria, por serem autónomos, mas essencialmente pela dificuldade de reintegração na família e comunidade.

Este local de estágio tem como objetivo principal prestar cuidados focados na reabilitação psicossocial dos utentes acompanhados.

A instituição de saúde tem residências externas, na comunidade e residências internas que se localizam dentro dos limites da instituição. Nas residências externas são os utentes que decidem as suas refeições e fazem as compras necessárias, assim

como a gestão do dinheiro. Os utentes são incentivados a serem o mais autónomos possível no desenvolvimento das suas atividades diárias.

As residências internas são constituídas por grupos de utentes e uma monitora que presta apoio durante o dia. Os utentes que se encontram nestas residências desenvolvem todas as atividades domésticas exceto cozinhar.

O estágio foi desenvolvido numa das residências comunitárias internas, com cerca de 20 utentes, na sua maioria mulheres.

As equipas multidisciplinares, integram psiquiatras, médicos de medicina interna e outras especialidades, enfermeiros, uma EESMP, psicólogos, assistentes sociais, higienista oral, técnicos de psicomotricidade e fisioterapeutas.

Os enfermeiros têm um papel fundamental na gestão dos casos dos utentes residentes. A EESMP é responsável pelos cuidados prestados a 68 utentes que se encontram distribuídos pelas várias residências comunitárias.

O modelo assistencial inclui diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação de um programa individualizado de cuidados.

### **2.1.2. Descrição das atividades realizadas**

Procurando desenvolver as competências do EESMP e atingir os objetivos traçados para o estágio no contexto de comunidade, orientei e colaborei em diversas atividades, que descrevo de seguida.

No primeiro dia de estágio foi solicitada a minha colaboração para ajudar alguns utentes no preenchimento de um questionário de satisfação que estava a decorrer na instituição, tendo aproveitado para me apresentar, conhece-los e perceber as suas rotinas diárias. Devido a contingências do serviço, dirigi-me sozinha para a residência comunitária e dei por mim a pensar que os utentes poderiam não reagir da melhor forma à minha presença, senti medo e dúvida. Percebi que estava a ter um pensamento estigmatizante e que mesmo depois de ter pesquisado tanto sobre este tema para poder desenvolver o meu projeto nesta área, de conhecer todos os fatores que intervêm no processo de estigmatização, continuava a sentir-me insegura perto de pessoas com doença mental. No entanto, à medida que fui contactando com os utentes e conhecendo-os, adaptei-me às suas particularidades e estes sentimentos foram dissipando-se. Dei por mim a sentir-me calma e descontraída na sua presença. Este facto vai de encontro ao que afirmam Corrigan et al. (2011), para quem a

estratégia de contacto direto é considerada a que possui mais efeitos positivos no que diz respeito à diminuição do estigma face à doença mental.

A primeira semana de estágio foi principalmente de observação e acompanhamento do trabalho desenvolvido pela equipa interdisciplinar, em particular pela EESMP.

Observei e colaborei na realização das consultas de enfermagem. Nestas os utentes preparam a sua medicação para duas semanas, sob supervisão. Procede-se à avaliação dos sinais vitais, medição de valores antropométricos, reavaliação e alteração da dieta alimentar, confirmação do agendamento de consultas, exames e tratamentos. Os utentes revelam muitas vezes dificuldades ao nível da adaptação a situações fora da sua rotina, demonstrando dificuldades na gestão do stress, na resolução de problemas e na tomada de decisão, pelo que o trabalho da EESMP passou essencialmente pelo recurso à relação terapêutica para ajudar os utentes a ultrapassarem as suas dificuldades e problemas do quotidiano.

Participei em várias reuniões multidisciplinares, em que foram discutidos casos clínicos, dificuldades e formas de atuação. Participaram enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e assistentes operacionais. Estas reuniões foram oportunidades para conhecer melhor os utentes, colher dados, e também para conhecer o funcionamento do serviço e instituição.

Semanalmente, e sempre que necessário, eram realizadas reuniões com a enf<sup>a</sup> orientadora para discussão de situações clínicas de utentes acompanhados por mim e principalmente dos fatores facilitadores e dificultadores do estabelecimento de uma relação terapêutica.

Foram consultados os processos clínicos dos utentes, em suporte de papel e informatizado, para colheita de dados com o intuito de conhecer a história dos mesmos e poder personalizar e individualizar os cuidados de enfermagem prestados.

Procurei estabelecer uma rotina com os utentes da residência, com o intuito de promover uma relação de confiança. Assim, todos os dias de estágio, às 8 horas eu encontrava-me na residência, dando apoio durante a realização das atividades de higiene pessoal e das instalações que eram da responsabilidade dos utentes. Durante o pequeno-almoço supervisionava a preparação e toma da medicação. Prestava apoio principalmente na gestão de conflitos entre os utentes, o que acontecia com frequência. Permanecia até por volta das 10.30 horas, altura em que a maioria dos utentes já tinha realizado todas as suas tarefas e saíam para as atividades desenvolvidas nos ateliês,

ou como alguns diziam, para o seu trabalho. A partir desta hora dirigia-me para o gabinete de enfermagem onde dava continuidade às actividades já referidas anteriormente.

Foram ainda desenvolvidas reuniões de orientação e avaliação formativa e sumativa com a enf<sup>a</sup> orientadora do estágio e com a professora orientadora.

No decorrer do estágio participei ainda enquanto formanda, numa formação realizada na instituição de saúde, subordinada ao tema “Bioética em fim de vida; eutanásia e suicídio assistido”.

Após a integração no serviço foquei-me em desenvolver as actividades mais directamente relacionadas com o projeto de estágio.

Partindo da minha necessidade de adquirir competências de âmbito psicoeducativo e de intervenção em grupo, desenvolvi e implementei um programa de psicoeducação (apêndice III) com os utentes para trabalhar o auto-estigma, constituído por 6 sessões com periodicidade semanal, com a duração de 60 minutos e que veio também dar resposta a uma necessidade sentida na instituição. As sessões foram desenvolvidas na sala de formação da instituição.

O auto-estigma tem como consequências uma baixa valorização de si mesmo e das suas capacidades, com repercussões graves ao nível de todas as vertentes do seu quotidiano.

Assim, o objetivo principal do programa psicoeducativo era melhorar a capacidade das pessoas com doença mental para lidar com as consequências do auto-estigma no seu dia-a-dia e contribuir para uma melhoria da capacidade de adaptação com consequente aumento da autoestima e melhoria no desempenho do papel social.

As sessões do programa foram desenvolvidas tendo em conta os seguintes objetivos: promover o autoconhecimento e o conhecimento do outro, promover e estimular a socialização, reforçar a autoconfiança e a confiança nos outros, promover a auto-aceitação, clarificar crenças e valores, desconstruir perceções negativas, melhorar competências de comunicação, melhorar competências de coping e promover a melhoria da autoestima.

Perante estes objetivos, as sessões foram abordando os seguintes temas: o autoconhecimento e a auto-percepção positiva, a importância do conhecimento do outro, os benefícios da socialização e das relações interpessoais, a importância de ter metas realistas, a aceitação de si mesmo, a aceitação da doença, implicações da doença mental na vida pessoal e familiar, as redes de suporte, o estigma e o auto-

estigma e as implicações na vida da pessoa: atitudes negativas face à doença, dificuldades de socialização, isolamento social, diminuição da autoestima. Foi realçada a importância e contributos da socialização e das relações pessoais, estratégias de gestão de conflitos, comunicação assertiva, influência do estilo de comunicação na socialização, regras de socialização, estratégias de coping, influência das estratégias de coping na socialização, estratégias de resolução de problemas e habilidades sociais.

Foram realizadas consultas de enfermagem a todos os utentes que acederam participar no programa psicoeducativo de intervenção no auto-estigma, com entrevistas individuais para colheita de dados, avaliação do estado mental com a aplicação do Mini Mental State (MMS) e identificação de problemas, nomeadamente em relação ao auto-estigma, através da aplicação da escala ISMI.

O grupo foi constituído tendo em conta fatores de inclusão e exclusão. Considerou-se fator de inclusão: o nível de auto-estigma, de médio a elevado; aceitar participar e não apresentar dificuldades que impedissem a participação ativa nas atividades planeadas por aumentar o risco para a sua saúde, como por exemplo, desequilíbrio, tonturas, vertigens.

Considerou-se fator de exclusão: não saber ler e escrever, não ter insight, não querer participar e apresentar dificuldades que impedissem a participação ativa nas atividades. O grupo foi constituído por oito utentes (dois homens e seis mulheres) com idades compreendidas entre os 30 e os 65 anos.

Cada sessão era iniciada por uma síntese dos temas abordados na sessão anterior, realizada pelos utentes. De seguida era explicada a relação entre os temas da sessão anterior e da sessão em curso; eram desenvolvidos os temas sempre com base nas narrativas dos elementos do grupo e no final era novamente realizada uma síntese dos temas-chave em conjunto com os participantes. Antes de terminar a sessão, era lembrado o dia e hora da sessão seguinte e eram referidos os temas a abordar.

Inserida no programa psicoeducativo, foi desenvolvida uma sessão com o tema “Socializar” (apêndice IV). No início da sessão, durante a síntese da sessão anterior pude constatar com agrado que os utentes referiram a maioria dos pontos significativos abordados: o autoconhecimento e a aceitação de si e da sua doença, valorizando a importância de ter uma boa autoestima e uma autoperceção positiva.

Oliveira, Carvalho e Esteves (2016) referem que a autoestima parece ser um elemento central na redução dos efeitos negativos do auto-estigma, sendo que esta se encontra diretamente ligada e influencia a qualidade de vida (QV) das pessoas com doença mental. Sugerem ainda que as intervenções com o objetivo de aumentar a autoestima podem melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas de saúde mental. Existe evidência de que iniciativas destinadas a aumentar a autoestima tendem a ser mais eficazes e duradouras, diminuindo os efeitos negativos que o auto-estigma produz em diferentes domínios da QV de pessoas com doença mental grave (Oliveira, Carvalho e Esteves, 2016). De acordo com Taylor (2003), uma boa autoestima pode moderar a relação stress/doença.

Nesta sessão, com o tema “Socializar” os utentes estiveram muito participativos, demonstraram interesse pelo tema e por poderem partilhar as suas experiências relacionadas com o mesmo. Percebi que era um tema com muita importância para a maioria dos elementos do grupo, especialmente para os utentes com maior capacidade de insight e juízo crítico.

Observando a necessidade dos utentes de exteriorizar as emoções e sentimentos relacionados com as experiências de estigma vivenciadas, decidi alterar o que estava planeado para a sessão e optei por dar-lhes mais tempo para a partilha e análise das experiências pessoais. Quando a Enf. demonstra preocupação pela pessoa, e demonstra disponibilidade, promove a relação de confiança, pois tal como afirma Lazúre (1994, p.101), “numa relação de ajuda, a tónica é posta naquilo que o cliente vive e na dimensão afectiva do seu problema e não na dimensão intelectual.”

Foi difícil coordenar esta sessão em termos de tempo de intervenção dos vários utentes. Notei que foi um tema que despoletou nos utentes alguns sentimentos negativos, e com necessidade de partilhar as suas experiências, pelo que revelaram dificuldade em cumprir a regra de falar um de cada vez e de respeitar as intervenções dos restantes elementos do grupo.

Durante a sessão foi utilizado o termo “discriminação” com o qual a maioria dos utentes se identificou, contudo, foi difícil para a maioria dos elementos do grupo compreender o conceito de auto-estigma. Tendo em conta as experiências pessoais partilhadas foram também abordados os conceitos de “estigma familiar” (referido por dois utentes) e “estigma institucional” (referido por 5 utentes), sendo este último muito relacionado com experiências dentro da instituição. A maioria dos utentes verbalizou experiências de “estigma público”, nomeadamente quando utilizam estabelecimentos

comerciais, como lojas, supermercados, cafés e restaurantes, e que sentem desmotivação para realizar as suas compras no exterior da instituição, porque sentem ser discriminados pela sociedade.

Ainda nesta sessão, no exercício da “teia da amizade”, também ocorreu alguma dificuldade na sua concretização. O novelo escolhido apresentava uma linha muito fina e a cor escolhida pareceu-me que também dificultou o exercício, isto tendo em conta as dificuldades dos utentes ao nível da motricidade e de alguma diminuição da acuidade visual. Apesar destas dificuldades demonstraram ter entendido o objetivo e a associação do exercício com o tema abordado. Percebi que o conceito de estigma foi compreendido por todos os utentes

A minha intervenção passou principalmente por proporcionar presença e escuta ativa, incentivando a expressão de emoções e facilitando a identificação de soluções e alternativas para minimizar o impacto do auto-estigma na pessoa. Ao desenvolvermos as nossas competências de escuta ativa, estamos a transmitir preocupação e os utentes vão reconhecer e apreciar (Bush, 2001).

No final da sessão os utentes identificaram como pontos mais significativos os vários tipos de estigma; a discriminação de que são alvo pela sociedade; a aceitação de si e da sua doença e a resistência ao estigma e ao auto-estigma; os benefícios das relações interpessoais dentro da instituição como suporte na resistência ao estigma e na diminuição do auto-estigma.

O facto deste grupo de utentes ter acedido participar no programa psicoeducativo permitiu-me aprofundar o meu conhecimento sobre os mesmos, estabelecer relações terapêuticas e promover uma continuidade dos cuidados prestados.

Foi também identificada a necessidade de melhorar os conhecimentos sobre alimentação saudável, isto porque, os utentes das residências comunitárias são autónomos em relação à compra dos produtos alimentares para o seu lanche diário. É uma atividade que tem como objetivo atribuir-lhes alguma autonomia e responsabilidade. Contudo, verificava-se que a maioria dos utentes fazia escolhas pouco saudáveis durante a compra dos alimentos.

Com o objetivo de capacitar estas pessoas e melhorar a sua funcionalidade, autoeficácia, quotidiano e consequentemente a qualidade de vida, foi planeada e implementada uma sessão de psicoeducação subordinada ao tema “Vamos comprar alimentos saudáveis”. Esta sessão foi desenvolvida com o grupo que se encontrava a participar no programa psicoeducativo, visto que os objetivos definidos para a sessão,

se coadunam com os objetivos do programa psicoeducativo de intervenção no auto-estigma.

Os objetivos da sessão foram: promover a socialização, promover a capacitação, incentivar estilos de vida saudáveis, reforçar a confiança em si, contribuir para a melhoria da autoestima. Os utentes mostraram-se muito participativos, mas com algumas dificuldades em cumprir as regras de socialização, como por exemplo, falar um de cada vez e não se interromperem. Colocaram muitas questões sobre diversos alimentos, “quais os mais saudáveis?”, “o que podiam comer sem preocupação?” e “o que deviam evitar?”. Demonstraram, na sua maioria, compreender o descodificador de rótulos. No final da sessão foi combinada uma ida às compras, acompanhados, para colocar em prática o que foi transmitido.

Na sequência desta sessão acompanhei alguns utentes durante a realização das suas compras semanais, com o objetivo de identificar alterações positivas no seu comportamento. Além de os ajudar na leitura dos rótulos e aconselhar na escolha dos produtos alimentares, também aproveitei esta oportunidade para observar os seus comportamentos fora da instituição, tentar perceber as suas dificuldades em termos das regras de socialização e detetar os comportamentos desadequados que poderão contribuir para que sejam alvo de estigma e/ou se sintam estigmatizados.

De acordo com Queiroz (2011) as ações de educação para a saúde devem estimular a participação dos indivíduos no processo de tomada de decisão consciente acerca das escolhas mais saudáveis, estimular a interação dos mesmos com a comunidade, e promover ações para uma vida saudável e participativa.

Durante esta actividade apenas uma das utentes apresentou comportamentos desadequados, falava num tom de voz muito elevado e por vezes agressivo, comportamento que a utente apresenta por norma, mas que neste contexto contribuiu para chamar a atenção das outras pessoas que se encontravam no estabelecimento comercial e se afastavam com receio. Apesar disso, a utente não se apercebeu que as pessoas ficavam a olhar, nem se mostrou incomodada, demonstrando estar muito satisfeita por estar ali. No entanto, as outras utentes que se encontravam no grupo perceberam que estavam a ser observadas e demonstraram ficar incomodadas. Esta foi uma situação que depois foi discutida individualmente com a utente em questão, com o objetivo de ela tomar consciência do seu comportamento desadequado, de como ele contribuiu para a ocorrência de estigmatização por parte da sociedade e das consequências disso na sua vida.



Neste local de estágio foi solicitado pela enfermeira orientadora a elaboração de um registo de interação semanal, dos quais realço um, devido à sua ligação com o tema do projeto. Nesse registo foram identificados os pensamentos e sentimentos decorrentes da interação e realizada uma análise e reflexão que evidenciou os seguintes aspetos:

- A comunicação não-verbal da utente foi crucial para compreender a sua problemática.
- Preocupei-me em adequar a minha comunicação verbal e não-verbal, tentei desenvolver um estilo de comunicação assertivo que, por vezes, foi difícil e exigiu um maior esforço em termos de atenção.
- Tomei consciência que tive alguma dificuldade em não fazer juízos de valor (pensamento), e principalmente em dar-me conta que os estou a fazer, o que considere estar relacionado com as minhas crenças e valores. Apesar disso, penso que consegui não transmitir essa dificuldade no meu discurso com a utente.

No decorrer da interação refiro que fiquei admirada por a utente ter sido tão sincera, dizendo que se sentia alvo de discriminação; nesse momento não consegui perceber a minha admiração, apesar de ter identificado o sentimento. Refletindo sobre o assunto, penso que teve a ver com a pesquisa que realizei sobre o tema do estigma e do auto-estigma. Vários autores (Corrigan & Lundin, 2001; Goffman, 1975; Moreira & Melo, 2008) fazem referência a que as pessoas com doença mental escondem a sua doença e todos os fatores relacionados, por medo das reações negativas das outras pessoas, pelo que pensei que ela teria dificuldade em admitir as suas experiências de estigmatização, o que de facto não aconteceu.

Através da reflexão sobre esta interação pude compreender que são muitos os aspectos a ter em conta numa interação onde o objetivo é estabelecer uma relação terapêutica. Chalifour (2008) refere que a comunicação não-verbal é muito importante e devemos ter especial preocupação com a mesma, a forma como olhamos a pessoa, a distância e as posições que adoptamos durante o contacto, a gestão do silêncio e os convites para que o utente prossiga a sua narrativa, poderão ter uma influência facilitadora, ou por outro lado dificultam o estabelecimento da relação terapêutica.

É exigente o esforço em termos de atenção, quer em relação ao nosso comportamento, como ao do utente. Senti mais dificuldade em prestar atenção à minha comunicação não-verbal do que em relação à da utente. Por vezes tinha que

me obrigar a diminuir a atenção dada à utente para fazer uma análise da minha postura. Em relação à atenção sobre a minha comunicação não-verbal, considero que é preciso muito treino, é ainda mais difícil do que a verbal. De acordo com Kacperek (1997) a escuta ativa é uma competência e, como tal, é preciso tempo e esforço para aprender como fazê-la de forma eficaz. A escuta ativa é demonstrada principalmente através da comunicação não-verbal e permite a obtenção de informações relevantes, que podem ser utilizadas para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Durante a interação com a utente apliquei a escala ISMI, que revelou um alto nível de estigma internalizado, validando assim os dados colhidos através da entrevista informal. Esta utente integrou o programa psicoeducativo de intervenção ao nível do auto-estigma, e foi uma das utentes a quem realizei intervenções a nível individual e em contexto de grupo, procurando estabelecer uma relação terapêutica.

Nesta utente foram identificados vários diagnósticos de enfermagem (DE) entre eles, “baixa autoestima crónica”. Com o intuito de melhorar a sua autoestima foram implementadas algumas intervenções a nível individual, nomeadamente: assistir a pessoa a examinar as perceções irrealistas acerca de si mesma; assistir a pessoa na aceitação da sua dependência dos outros; examinar razões da autocritica; reforçar expressões positivas; encorajar a pessoa a aceitar novos desafios; assistir a pessoa a determinar metas realistas; incentivar atividades que aumentem a autoestima; reforçar a confiança em si e nos outros.

Outro DE identificado foi o “desempenho de papel ineficaz”, pelo que foram implementadas as seguintes intervenções: assistir a pessoa a verbalizar sentimentos negativos; ajudar a identificar as alterações necessárias ao seu comportamento para melhorar a adaptação às suas limitações; assistir na prática de habilidades sociais; ensinar sobre comunicação assertiva; orientar na prática de assertividade; ajudar a gerir comportamentos de agressividade; elogiar as tentativas individuais de assertividade.

Em relação aos resultados obtidos, foi observada uma melhoria principalmente em relação ao desempenho de papel, no que toca aos comportamentos agressivos e às habilidades sociais.

Outra atividade desenvolvida neste contexto de estágio foi a elaboração de um estudo de caso que resultou de uma intervenção mais individualizada. Foi obtido o consentimento informado para a realização da entrevista formal e para a realização do trabalho escrito. Este trabalho pretendeu ser uma abordagem multidimensional da

pessoa, e surgiu associado de forma mais específica ao tema do auto-estigma na pessoa com doença mental. Neste sentido foi usado o modelo de Betty Neuman de abordagem sistémica que permite dar conta da visão do ser humano enquanto um sistema aberto em permanente articulação com outros sistemas.

Escolhi fazer o estudo de caso de uma pessoa em que foi identificado um alto nível de auto-estigma, e, por conseguinte, apresenta DE e necessidades de intervenção que se coadunam com o projeto.

A Maria (nome fictício), tem 42 anos de idade, é solteira e de nacionalidade portuguesa. Residente na instituição desde 2010. Diagnóstico médico de Perturbação Bipolar e da Personalidade e Esquizofrenia simples.

Como stressor na variável psicológica de acordo com o Modelo de Betty Neuman, encontra-se o nível de auto-estigma, que foi avaliado através da Escala ISMI, tendo obtido a pontuação total de 3,179, que se traduz num elevado nível de auto-estigma. Na subescala referente ao afastamento social, obteve a pontuação de 3,375, num máximo de 4; na subescala experiência de discriminação, obteve a pontuação de 4, num máximo de 4; na subescala referente à adesão aos estereótipos, obteve a pontuação de 3,2, num máximo de 4; na subescala referente à alienação obteve a pontuação de 3, 143 num máximo de 4 e na subescala de resistência ao estigma obteve a pontuação de 1,333 num máximo de 0 (cotação invertida).

Os DE identificados foram: ansiedade, conflito de decisão, adaptação prejudicada, baixa autoestima, desempenho de papel ineficaz, nutrição desequilibrada. Estes DE refletem alguns dos problemas/dificuldades identificados nas pessoas que sofrem as consequências do auto-estigma referidos na evidência científica. O auto-estigma é um fator de stress, que tem como consequências uma desvalorização de si mesmo e das suas capacidades, ou seja, existe uma diminuição da auto-estima, com consequências negativas nas várias vertentes do quotidiano da pessoa: diminuição da funcionalidade, da capacidade de adaptação a novas situações e da gestão dos problemas, dificuldades na tomada de decisão, problemas de socialização/isolamento social (Ritsher & Phelan, 2004; Pyne et al., 2004; Jorm et al., 2006; Boyd et al., 2014).

As principais intervenções quer a nível individual ou em grupo foram: estar presente, aconselhar, escutar ativamente, contribuir para um ambiente de segurança, promover orientação antecipada relativamente às manifestações de ansiedade, promover suporte emocional, auxiliar na melhoria das estratégias de coping, melhorar a auto-percepção, promover a autoaceitação, promover treino de

assertividade, promover treino de habilidades sociais, ensinar sobre estratégias de resolução de problemas, promover a autorresponsabilização, promover educação para a saúde e a participação no programa de psicoeducação, promover a socialização e aumentar a autoestima.

Tendo em conta as intervenções implementadas foram definidos alguns resultados esperados: melhoria da auto-percepção e do processamento de informação, menos dificuldades na tomada de decisão, melhor adaptação psicossocial, redução no nível de auto-estigma, diminuição das manifestações de ansiedade, aumento da autonomia pessoal, melhoria da autoestima, e melhoria da qualidade de vida.

Relativamente aos resultados obtidos, foi observada uma melhoria principalmente em relação à diminuição das manifestações de ansiedade, melhoria do humor e do processamento da informação e consequentemente da adaptação psicossocial.

Outra utente com quem estabeleci uma relação terapêutica e realizei intervenções a nível individual foi a D. Ana. Era uma utente com dificuldades muito acentuadas não só devido à sua doença mental e outras doenças crónicas, como também à idade, o que a impossibilitava de ter uma atividade fora da residência. Devido às suas dificuldades não apresentava os fatores de inclusão necessários para participar no programa psicoeducativo e não foi possível a aplicação da escala ISMI.

Os seus dias eram passados na residência, realizando algumas tarefas domésticas mais simples e croché. Esta utente não tinha relações familiares e estava institucionalizada há mais de 20 anos. Observei que mantinha uma relação próxima com poucos utentes, com dificuldades ao nível da comunicação e da socialização. Durante a entrevista referiu que alguns utentes apresentavam uma postura agressiva, o que fazia com que se afastasse e isolasse.

Percebi que a utente revelava algum auto-estigma, pelo que tentei desenvolver uma comunicação assertiva, focada nos aspetos positivos do seu discurso e das suas capacidades, tentando desconstruir perceções negativas de si, apoiando e dando estratégias para o estabelecimento de objetivos realistas e alcançáveis, encorajando a manutenção das atividades em curso e estimulando novas atividades, sempre com o objetivo de contribuir para a melhoria da sua autoestima. A curto prazo observei uma melhoria do humor e uma maior abertura ao contato social.

A participação nas reuniões comunitárias foi outra das atividades desenvolvidas. Esta era uma reunião semanal, que decorria na residência, onde eram distribuídas as tarefas domésticas para a semana seguinte e eram abordados os assuntos relativos

à organização e funcionamento da residência. Era um momento utilizado pelos profissionais para informar os utentes sobre as atividades desenvolvidas na instituição e também para abordar assuntos essenciais, como por exemplo, medidas de controlo de infeção que foi o tema mais abordado devido à época da gripe sazonal. Era também um momento em que os utentes podiam expressar as suas preocupações e dificuldades sentidas em relação à organização e funcionamento quer da residência, como da instituição e dar sugestões de melhoria.

Nesta sequência, tive oportunidade de observar se os utentes colocavam em prática as indicações que lhes eram transmitidas em relação ao controlo de infeção, reforçando os ensinamentos, esclarecendo dúvidas e incentivando a adoção das medidas preconizadas. Considero que estes momentos foram uma oportunidade de contribuir para a capacitação dos utentes, melhorando a sua funcionalidade e consequentemente a sua autoestima.

Realizando uma breve síntese das aprendizagens realizadas neste campo de estágio, tenho a referir que considerei ter sido muito importante o contacto directo com os utentes, visto que eu não tinha experiência na área da saúde mental. Permitiu-me conhecer os problemas e dificuldades com que estas pessoas se debatem no seu quotidiano, ao mesmo tempo que tomei consciência das minhas próprias dificuldades nesta área, como pessoa e como profissional. Tomei, especialmente, consciência das minhas dificuldades: na construção de uma relação terapêutica; na condução das intervenções em grupo; e na abordagem do auto-estigma na pessoa com doença mental.

## **2.2. Contexto de Internamento**

A segunda fase do estágio, decorreu de 25 de novembro a 7 de fevereiro de 2020, num serviço de internamento, da mesma instituição.

### **2.2.1. Caracterização do Serviço**

Este é um serviço de longo internamento, em que os utentes apresentam níveis muito baixos de capacidade funcional em relação à satisfação das suas atividades de vida diárias: atividades básicas de vida diária; atividades instrumentais de vida diária e atividades avançadas de vida diária, pelo que necessitam de cuidados de enfermagem em permanência. Relativamente à metodologia de prestação de cuidados, neste serviço existe para cada utente um enfermeiro de referência, o qual é responsável pela identificação, definição, implementação e avaliação do projeto terapêutico.

Nesta unidade de prestação de cuidados, são desenvolvidas diversas intervenções de âmbito multidisciplinar, entre as quais intervenção terapêutica a nível individual, grupal e familiar, como por exemplo, conferências familiares.

A equipa multidisciplinar é constituída por uma EESMP, enfermeiros generalistas, psiquiatra, médico de medicina interna, psicólogo, assistente social, técnico de psicomotricidade e fisioterapeuta.

Atendendo à finalidade do estágio, e a pedido da enfermeira orientadora, foi definido outro objetivo específico, nomeadamente, sensibilizar os profissionais do serviço para a problemática do auto-estigma na pessoa com doença mental.

### **2.2.2. Descrição das atividades realizadas**

Com o intuito de atingir os objetivos definidos para o estágio no contexto de internamento e desenvolver as competências do EESMP, orientei e colaborei em várias atividades.

Na primeira semana de estágio realizei preferencialmente observação e acompanhamento do trabalho desenvolvido pela equipa interdisciplinar, em particular da EESMP, e a integração na dinâmica do serviço. Durante esta primeira semana foram apresentadas e discutidas as intervenções planeadas no projeto de estágio.

Acompanhei a enfª orientadora nos cuidados prestados, que passaram muito pela gestão e organização de várias atividades planeadas, como intervenções individuais e em grupo, e atividades relacionadas com a gestão do serviço. O seu trabalho fundamenta-se essencialmente no recurso à relação terapêutica para ajudar os utentes a ultrapassarem as suas dificuldades, na coordenação e orientação das várias atividades realizadas diariamente pelos utentes, e pela gestão do serviço, mais especificamente, reuniões multidisciplinares, intervenções em grupo e gestão de recursos humanos e materiais.

Com o objetivo de me integrar nas dinâmicas do serviço e na equipa de enfermagem, colaborei em várias atividades do serviço, nomeadamente reuniões multidisciplinares e comunitárias.

Estas reuniões comunitárias são realizadas quinzenalmente e orientadas pela EESMP. A participação nas reuniões é livre e aberta aos utentes que desejem partilhar questões relacionadas com o internamento. É um momento em que estes têm uma voz ativa, podendo expressar emoções e sentimentos, partilhar vivências, esclarecer dúvidas e fazer uma avaliação da qualidade dos serviços prestados.

As reuniões foram momentos de aprendizagem, pois tive oportunidade de me confrontar com as vivências da pessoa com doença mental em situação de internamento e de identificar as suas dificuldades e limitações.

Experenciar a partilha de vivências por parte dos utentes levou-me a refletir sobre as questões da privacidade, da responsabilidade e autonomia, sobre o tipo de relação estabelecida entre os profissionais e a pessoa com doença mental, as restrições em termos de saídas da instituição, da utilização do telemóvel e computador. Foi várias vezes referido, por alguns utentes, situações em que estes se sentiam estigmatizados, na instituição. Quando tal acontecia, essas situações eram exploradas pela enfª orientadora e por mim, tentando perceber se eram situações que também ocorriam com os restantes utentes e quais eram os sentimentos associados.

A minha intervenção passou por incentivar a participação nas sessões, dar informação e suporte à pessoa, esclarecer dúvidas, auxiliar no cumprimento das regras de socialização, e, sobretudo, proporcionar presença e escuta ativa, promovendo a expressão de emoções e facilitando a identificação de soluções e alternativas para minimizar o impacto do estigma percebido no bem-estar da pessoa.

Particpei como formanda em duas formações realizadas na instituição, uma sobre os medicamentos Xeplion e Trevicta, e outra no 7º Seminário de Ética da instituição,

subordinado ao tema, “Deficiência Intelectual Hoje, Desafios Éticos”. Foram formações que contribuíram para o enriquecimento e actualização de conhecimentos e para melhorar a qualidade da minha intervenção. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal e do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são de grande importância para o desenvolvimento pessoal e profissional de qualquer profissional de saúde, mas que se reveste de maior importância para os enfermeiros especialistas (OE, 2019). Na mesma perspectiva Orlinsky (2005) considera que o desenvolvimento profissional está directamente dependente do aumento progressivo das nossas competências em todas as facetas do nosso trabalho.

Neste contexto de estágio elaborei apenas um registo de interação, visto que esta foi uma atividade que desenvolvi bastante no contexto comunitário, deixando assim mais tempo para desenvolver outras atividades e competências, como foi o caso da avaliação do estado mental.

A análise e reflexão resultante desse registo evidenciou os seguintes aspetos: durante a interação preocupei-me em estar presente, ouvir a utente e compreender o que a incomodava, tentando valorizar o seu sofrimento. Considero que fiz menos juízos de valor relativamente a situações anteriores, concentrei-me em devolver à utente o que esta me transmitia em termos de sentimentos e emoções. A validação emocional, como refere Pinto (2017) citado por Muxfeldt, Izolan e Teixeira (2019), consiste em aceitar, valorizar e compreender os sentimentos das outras pessoas. Não é uma competência fácil de desenvolver, a validação emocional pode ser conseguida se praticada diariamente desenvolvendo compaixão por si mesmo e para com as outras pessoas, deixando de lado os julgamentos.

De acordo com a sua narrativa percebi que era uma pessoa com dificuldade na identificação e expressão dos seus sentimentos, mas que conseguia utilizar estratégias de coping eficazes na gestão da sua ansiedade.

A nível pessoal foi possível identificar facilmente se me sentia confortável ou se pelo contrário me sentia incomodada na interação com o outro, mas foi mais difícil atribuir “nomes” aos estados emocionais vivenciados.

Preocupei-me em adequar a minha comunicação verbal e não-verbal, para que a utente se sentisse o mais à vontade possível na minha presença. Tive em conta o tom de voz, procurei usar termos simples e adequados à sua condição, não insistir em algum assunto que pudesse ser mais sensível para ela e também tive o cuidado de



não forçar o contacto visual para que não se sentisse intimidada, nem fazer gestos que pudessem demonstrar inquietação ou falta de interesse.

Privilegiei um estilo de comunicação assertivo que considero exigir um maior esforço em termos de atenção. Senti menos dificuldade em manter a atenção na minha comunicação não-verbal, relativamente a interações anteriores. Penso que o esforço em termos de atenção, quer em relação ao nosso comportamento como ao do utente, só vai diminuindo com o treino. Phaneuf (2005, p.93) afirma que “... quando respondemos a uma comunicação, reagimos tanto ou mais às mensagens não-verbais, do que às mensagens verbais (...). A enfermeira deve estar consciente deste fenómeno e interrogar-se sobre o seu comportamento quando ela conversa com um doente”.

Através da análise deste registo de interação pude constatar novamente que são muitos os aspetos que temos que ter em conta numa interação, em que o objetivo é estabelecer uma relação terapêutica. A singularidade e individualidade de cada pessoa exigem uma atenção e adaptação constantes da comunicação realizada. É através deste tipo de análise que conseguimos ter consciência das nossas dificuldades e do que precisamos melhorar. Isto vai ao encontro do que refere Chalifour (2009, p.85) para quem o profissional deve “estar consciente dos seus limites pessoais e profissionais (...)”. Também segundo Phaneuf (2005) comunicar consiste em, além de ouvir o outro, tentar compreender o que se passa no nosso mundo interno, identificar e aceitar as emoções e reacções que os outros poderão provocar em nós, pois quando o fazemos permitimos que a relação se baseie na autenticidade. Rogers (2010) partilha a mesma ideia quando afirma que “o terapeuta que for mais autêntico e congruente na relação tem mais possibilidades de que ocorra uma modificação da personalidade do seu paciente” (p. 88).

Tendo em conta os dados obtidos através do desenvolvimento de todo o processo de interação, considero que esta foi uma atividade que mais uma vez contribuiu para o desenvolvimento das competências específicas do EESMP.

Aproveitando o trabalho que estava a desenvolver com esta utente, e a evolução em termos do estabelecer de uma relação de confiança, decidi elaborar o estudo de caso sobre a mesma. Deu o seu consentimento informado para a realização do trabalho, tendo participado ativamente no processo de entrevista. Foi realizada a identificação da pessoa e dos seus antecedentes, a história de enfermagem atual,

uma avaliação do estado mental pormenorizada e das atividades de vida, identificados os fatores de stress, tendo por base o modelo de Betty Neuman, e os DE.

A Maria, sexo feminino, de nacionalidade portuguesa, tem 52 anos de idade, solteira, natural de Lisboa. Antes do internamento residia com o pai (pessoa significativa). É filha única, a mãe faleceu quando esta tinha 33 anos, no entanto, antes do seu falecimento tinham uma relação muito próxima. Reside na instituição desde 2005, na unidade de longo internamento. Segundo o processo clínico, tem o diagnóstico de perturbação grave da personalidade com défice no controle de impulsos, heteroagressividade para com a família. Frequentes alterações do comportamento com marcada compulsividade. Registo de comportamentos de cleptomania e de relacionamentos sexuais promíscuos.

A avaliação física e psicológica foi realizada com o auxílio dos instrumentos de avaliação em uso no serviço. Foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação: escala de Barthel, escala de Downton, MMS e ISMI.

A avaliação da capacidade funcional foi efectuada com base no desempenho das atividades de vida diária, sendo divididas em: atividades básicas de vida diária, associadas ao autocuidado e à sobrevivência (como o alimentar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, controlar esfíncteres); atividades instrumentais de vida diária, que abrangem tarefas que permitem a manutenção da vida em comunidade (como realizar compras, utilizar o telefone, gerir assuntos económicos ou utilizar meios de transporte); e atividades avançadas de vida diária, mais complexas, que se subdividem nos domínios físico, lazer, social e produtivo (Dias, Andrade & Duarte, 2015).

No âmbito da avaliação das actividades avançadas de vida diária, foi realizado um genograma e um ecomapa, instrumentos que auxiliam a compreensão dos processos familiares e das relações entre a família e a comunidade (Nascimento, Rocha & Hayes, 2005).

Fazendo uma análise sumária do genograma, pode constatar que o círculo familiar é restrito, existindo uma relação moderada com o pai (que faleceu durante a realização do trabalho), e uma relação conflituosa com a madrastra. Sobressai ainda o facto de existirem relações superficiais com os restantes familiares. Estes resultados vão de encontro ao DE definido de Interação social/familiar prejudicada/alterada.

Relativamente ao ecomapa, pode observar que a utente tem uma participação muito activa dentro da instituição, com relações na sua maioria fortes a moderadas

com os profissionais de saúde e as actividades desenvolvidas, apresentando, no entanto, uma relação superficial com a única actividade que tem fora da instituição, a realização de compras, o que revela dificuldades na adaptação e no desempenho do papel social.

Avaliado o nível de auto-estigma através da Escala ISMI, foi obtida a pontuação total de 1,786, que se traduz num nível de auto-estigma mínimo. Na subescala referente ao afastamento social, obteve a pontuação de 1,75, num máximo de 4; na subescala experiência de discriminação, obteve a pontuação de 1,6, num máximo de 4; na subescala referente à adesão aos estereótipos, obteve a pontuação de 1,8, num máximo de 4; na subescala referente à alienação obteve a pontuação de 2 num máximo de 4 e na subescala de resistência ao estigma obteve a pontuação de 1,66, no máximo de 0 (cotação invertida).

Apesar do nível de auto-estigma ser baixo, a utente participou no programa psicoeducativo de intervenção ao nível do auto-estigma. Durante a sua participação, relacionou as suas experiências pessoais com os temas desenvolvidos, fazendo referência a algumas experiências de discriminação. A incongruência entre os resultados obtidos na escala ISMI (1,786) e as suas narrativas poderá estar relacionado com vários fatores, nomeadamente, dificuldade na compreensão das questões presentes na escala devido a défice cognitivo, conforme avaliado através da aplicação do MMS (16 pontos), que revela resultados alterados ao nível da atenção, cálculo, retenção e evocação, linguagem, habilidade construtiva e a falta de autocrítica.

A identificação dos fatores de stress percebidos pela utente, foram articulados com os fatores percebidos pelo enfermeiro, com o objetivo de formular DE individualizados e personalizados.

Tendo por base o referencial teórico de Betty Neuman, identifiquei os DE mais relevantes para a utente em estudo: ansiedade, conflito de decisão, adaptação prejudicada, desempenho de papel ineficaz, comunicação verbal prejudicada, interação social/familiar prejudicada. Estes coadunam-se com os problemas/dificuldades apresentados na evidência científica relacionados com as pessoas que sofrem com o auto-estigma. Estas pessoas têm uma baixa valorização de si mesmas e das suas capacidades, com consequências graves ao nível de todas as vertentes do seu quotidiano tais como: repercussões na funcionalidade da pessoa, problemas de socialização/isolamento social, dificuldades na adaptação e gestão dos problemas e diminuição da autoeficácia.

As intervenções desenvolvidas foram na sua maioria: promover a presença, escutar ativamente, aconselhar, aumentar a segurança, promover suporte emocional, promover distração, gerir o humor, melhorar a orientação antecipada, apoiar a tomada de decisão, estabelecer metas realistas, reduzir a ansiedade e promover a participação no programa de psicoeducação. Este programa tinha como objetivos: promover o autoconhecimento, melhorar a autoperceção, promover a autoaceitação, aumentar a autoestima, promover educação para a saúde, facilitar a aprendizagem, melhorar o coping, esclarecer valores, ensinar sobre o processo de doença, promover a melhoria do papel, promover treino de habilidades sociais, treino de competências de comunicação como a assertividade, ensinar sobre estratégias de resolução de problemas, promover a autorresponsabilização e aumentar a socialização.

Durante as interações com esta utente preocupei-me em estar presente, escutar ativamente e perceber o que a preocupava e causava o seu sofrimento. Tendo consciência de que não temos que apresentar soluções às pessoas relacionadas com as suas dificuldade e problemas, a nossa intervenção passa, muitas vezes, por escutar e validar as suas narrativas de vida, preocupações, dúvidas, dificuldades, ajudando-as na identificação dos seus sentimentos e encontrar estratégias ao seu alcance para gerir os mesmos. Lazúre (1994) referindo-se à finalidade última da empatia, afirma que esta consiste na compreensão e na manifestação dessa compreensão ao utente de forma a permitir-lhe evoluir, se ele o desejar e foi isso que privilegiei com esta utente.

Após a minha intervenção com a utente, pude constatar que o seu autoconhecimento, insight e juízo crítico aumentaram, sendo esta capaz de reconhecer as suas limitações, melhorou a sua capacidade de resolução de problemas e de adaptação e principalmente as suas habilidades sociais e de comunicação. De acordo com Benner (2001), a relação terapêutica estimula os recursos internos e externos da pessoa, tornando-a mais autónoma e promovendo a confiança em si e nos outros, e esta é uma competência do EESMP.

Com o objetivo de implementar intervenções especializadas de enfermagem para minimizar o auto-estigma na pessoa com doença mental foi desenvolvido um programa psicoeducativo para um grupo de utentes do serviço. Os elementos que integraram o grupo foram escolhidos pela enf<sup>a</sup> orientadora de acordo com a identificação de necessidades e as suas características individuais. O grupo foi constituído por sete utentes, todas do sexo feminino, com idades compreendidas entre

os 35 e os 65 anos. O programa necessitou de ser adaptado à especificidade do grupo de utentes internados e foi desenvolvido ao longo de dez sessões, durante as nove semanas de duração do estágio. Foram mantidos os objetivos e temas planeados, mas foram adaptados os métodos, técnicas e recursos técnico-pedagógicos de apoio ao grupo.

Na 1ª sessão sobre o tema: “O autoconhecimento e o encontro com o outro I”, comecei por explicar os objetivos do programa psicoeducativo, os temas/assuntos que seriam abordados, as estratégias que seriam utilizadas, o número de sessões que seriam realizadas e procedeu-se ao agendamento de algumas sessões em conjunto com as participantes. O exercício “o meu animal”, desenvolvido durante esta sessão teve como objetivo funcionar como quebra-gelo e estimular o autoconhecimento e o conhecimento do outro.

Alguns utentes demonstraram dificuldades no cumprimento das regras de socialização, interrompendo os outros elementos, por vezes, com assuntos não relacionados com a sessão.

Um dos elementos teve dificuldade em transmitir os seus pensamentos e sentimentos relacionados com o tema, referindo verbalmente não conseguir expressar-se relativamente ao assunto. Referiu também ter-se sentido triste por ter sido a única a não conseguir fazê-lo. Foi combinado com a utente tentar fazer este exercício individualmente numa fase posterior.

No final de sessão os pontos chave referidos pelos utentes foram: “é importante conhecermo-nos melhor e aos outros”, “é importante fazer amizades” e “faz bem conviver”.

Na 2ª sessão com o tema: “autoconhecimento e o encontro com o outro II”, foi desenvolvido o exercício: “A minha bandeira pessoal”, que permitiu observar/avaliar vários comportamentos e capacidades, entre eles o cumprimento das regras de socialização, habilidades sociais, expressão escrita e verbal, compreensão e cumprimento dos objetivos, capacidade de expressão de sentimentos e pensamentos, nível de autoconhecimento, nomeadamente noção das capacidades e dificuldades e referência a metas/objetivos atingíveis.

No final de sessão os pontos-chave referidos foram: “foi útil perceber que há pessoas com dificuldades como eu”; “sensação de utilidade”; “senti-me bem”; “faz bem conhecer melhor os outros”.

Na 3ª sessão subordinada ao tema: “autoaceitação”, foram desenvolvidos os exercícios “pessoas são dons” e “eu sou um presente”. Permitiu observar/avaliar vários aspetos, entre eles a participação, a capacidade de concentração, o cumprimento das regras de socialização, habilidades sociais, interpretação de texto e capacidade de pensamento abstrato, o nível de autoconhecimento, auto-percepção, autoaceitação e autoestima.

Nas suas interpretações do texto uma das utentes fez referência a, por vezes, sentir-se discriminada, verbalizando que nas suas relações pessoais omite informações pessoais, nomeadamente relacionadas com a sua doença por não se sentir confortável em partilhá-las. Demonstrou autoconhecimento, insight, juízo crítico e uso de mecanismos de defesa do eu. Cumpriu com facilidade as regras de socialização, e revelou uma perspetiva positiva de si durante o exercício do espelho, referindo algumas qualidades que considera possuir.

Uma outra utente demonstrou dificuldade na realização dos exercícios, na elaboração de pensamento abstrato e na interpretação do texto. Revelou uma perspetiva negativa de si (baixa autoestima) durante o exercício do espelho, referindo apenas características menos positivas.

No final de sessão os pontos-chave identificados foram: “ter bons sentimentos”; “fazer amizades”; “fazer as coisas que gostamos”; “ser otimista”; “falar pela positiva”; “ver as coisas positivas que temos”; “sentimentos bons”; “respeito”; “é importante ter ajuda das outras pessoas”.

Na 4ª sessão denominada “socializar I”, foi feita uma introdução, utilizando o método expositivo, onde se abordaram os seguintes temas: estigma e auto-estigma, implicações na vida da pessoa, atitudes negativas face à doença, dificuldades de socialização, isolamento social e diminuição da autoestima. Os participantes foram incentivados a partilhar experiências relacionadas com o tema. Utilizando essas experiências reais promoveu-se a reflexão em conjunto sobre as suas dificuldades. O meu papel passou por clarificar e relacionar as situações procurando pontos em comum.

Apenas um elemento do grupo não referiu experiências de qualquer tipo de estigma. Os restantes participantes referiram várias experiências relacionadas com os vários tipos de estigma como estigma público, institucional e familiar.

Os pontos-chave referidos no final da sessão foram: “há pessoas que nos aceitam e pessoas que nos rejeitam”, “importância da nossa família”; “o valor que a sociedade

dá às pessoas normais”; “importância de socializar com os outros”; “as pessoas às vezes discriminam”.

Na 5ª sessão, sobre o tema “Socializar II”, foi desenvolvido o exercício “a teia da amizade”, que permitiu observar/avaliar vários aspectos, entre eles a capacidade de expressão verbal dos pensamentos e sentimentos e de os relacionar com as experiências de vida, a integração dos temas abordados anteriormente, a capacidade de cumprimento das regras de socialização e as habilidades sociais.

Pontos-chave referidos no final da sessão: “as pessoas às vezes põem-nos de parte”; “amigos não discriminam”; “os amigos e a família devem dar apoio”; “os amigos ajudam a aumentar a autoestima”; “ajudam a resolver problemas”; “a família às vezes também nos põe de parte”.

Na 6ª sessão, “Comunicar I”, foi desenvolvido o exercício: “estratégias de gestão de conflitos” em que procurei direcionar a discussão para as estratégias que promovem a integração e o estilo de comunicação assertivo, reforçando os aspectos positivos das narrativas e estimulando a partilha de experiências e sentimentos relacionados com o tema.

Palavras-chave verbalizadas no final da sessão: “amizade”, “respeito”, “criar laços”, “aceitação e tolerância”, “igualdade”, “harmonia”; “cada pessoa reage à sua maneira”; “comunicação”.

Na 7ª sessão, sobre o tema “Comunicar II”, foi utilizada a visualização de um vídeo de uma situação de interação social com conflito. Os participantes procuraram identificar os pontos que dificultaram a interação, a nível da comunicação verbal e não-verbal, e deram sugestões para uma comunicação adequada.

O meu papel passou por introduzir pontos importantes que não foram referidos e clarificar a importância do estilo de comunicação na socialização e na ocorrência de situações de conflito

Pontos-chave identificados pelos participantes no final da sessão foram: “ser mais simpático”, “não falar tão alto”, “não falar de maneira agressiva”, “respeitar a vida privada” e “ser verdadeira”.

Na 8ª sessão, com o tema “Simplificar I”, foi desenvolvido o exercício “mudar pensamentos” em que foram utilizadas as seguintes questões para estimular a discussão: perante uma situação de dificuldade o que pensa? O que sente quando tem pensamentos negativos? O que faz nesses momentos?

Dinamizei a sessão procurando reforçar os aspetos positivos referidos pelos participantes, e estimulando a partilha de experiências e sentimentos relacionados com o tema. Orientei a discussão para as estratégias de coping menos referidas e incentivei os elementos a experimentarem estratégias diferentes.

Pontos-chave referidos no final da sessão: “todos nós temos sofrimento”, “não há sofrimentos melhores, nem piores”, “respeitar o sofrimento dos outros”, “é importante olhar para o sofrimento dos outros”, “temos que aprender a lidar com o nosso sofrimento”. Em relação às estratégias de coping, os termos referidos foram: “ouvir música”, “ir aos ateliês”, “estar com os amigos”, “passear”, “tirar fotografias”, “rezar”, “ver televisão”, “comprar o que gostamos”, “ler”, “pintar” e “fazer poesia”.

Na 9ª sessão, sobre o tema “Simplificar II”, foi desenvolvido o exercício: “mudar pensamentos” e foram utilizadas as seguintes questões para estimular a discussão: Como lida com os pensamentos e sentimentos negativos? As estratégias que utilizam são eficazes?

Pontos-chave referidos no final da sessão: “pensar em coisas boas”, “não se deixar afetar pelas coisas negativas”, “todos erram”, “afastar os sentimentos negativos”, “respirar fundo” e “acalmar o cérebro”.

Na 10ª e última sessão, com o tema “Elogiar”, foi desenvolvido o exercício “O que mais admiro em mim”. O objetivo desta sessão foi estimular a utilização do elogio e explicar a sua importância no estabelecimento das relações sociais e no processo de socialização e simultaneamente contribuir para a melhoria da autoestima dos participantes.

No final da sessão foi realizada uma síntese dos temas abordados ao longo do programa, tendo sido referido pelo grupo: “os temas foram interessantes”, “foram debatidos temas importantes da nossa sociedade”; “foram reuniões positivas, com esclarecimento de dúvidas”; “a amizade foi um tema importante”.

Foi realizada a avaliação da satisfação do grupo em relação a este programa psicoeducativo, através de um questionário elaborado para o efeito (apêndice V). Os resultados do questionário mostram que os temas abordados considerados mais pertinentes foram: “a amizade”, “mudar pensamentos” e “discriminação”. Os aspetos mais relevantes/positivos foram: “ajudar a abrir a mente e o espírito”. Não foi identificado nenhum aspeto menos positivo. Em relação ao tema que gostariam que tivesse sido mais explorado, foi referido “como aprender a lidar com a doença”. Todos os elementos afirmaram ter gostado de participar no programa. Ao serem



questionados se gostariam de voltar a integrar um grupo de psicoeducação, a maioria referiu que sim, um elemento referiu talvez. Quando questionados porquê, responderam “para aprender mais coisas”, “falar dos nossos problemas” e “falar dos nossos sentimentos negativos”.

Estes resultados evidenciam a importância atribuída pelos participantes à qualidade das relações sociais estabelecidas e de como estas afetam, de forma positiva ou negativa, todas as vertentes do seu quotidiano. Durante as sessões foi feita referência à ocorrência de várias situações em que os participantes se sentiram estigmatizados durante essas relações, tanto a nível social, como familiar e institucional. Tal como referem MacDonald & Leary (2005) o auto-estigma pode ser sentido como uma “dor social”, ou seja, uma reacção emocional específica face à percepção de se sentir excluído e desvalorizado nas relações sociais desejadas.

De salientar, que foram referidas pelos participantes, relações sociais positivas, como as relações de amizade e familiares, como sendo fatores protectores ou minimizadores do impacto do auto-estigma.

Também a referência ao sentimento de utilidade, “ver as coisas positivas que temos”, “o respeito”, que foi realçado, mostrando como a autoestima tem um papel relevante para estas pessoas, como forma de minimizar o auto-estigma.

Além da autoestima ser considerada um importante indicador de saúde mental (Crocker & Quinn, 2000), é também um fator de protecção face a situações negativas e adversas (Mann, Hosman & Schaalma, 2004) e do estigma internalizado (Yanos, Roe & Markus, 2008).

Considero importante referir que procurei focar as minhas intervenções individuais nos utentes que participaram no programa psicoeducativo do auto-estigma para estabelecer uma maior continuidade dos cuidados de enfermagem prestados e potenciar os resultados de todas as intervenções desenvolvidas.

Segundo Silva (2017), o desenvolvimento de intervenções para diminuição do estigma público/institucional pode ser um passo eficaz também na prevenção do auto-estigma, isto porque, o auto-estigma é a internalização do estigma público/institucional. Estas intervenções em conjunto com programas de redução do auto-estigma são especialmente eficazes (Smith et al., 2018). Esta ideia é confirmada por Tapia et al. (2015), quando referem que o ideal será implementar estratégias que se caracterizem por uma abordagem complementar.

De acordo com Vibha, Saddichha & Kumar (2008), geralmente um nível educacional superior associado a um extenso contacto directo com pessoas com doença mental, pode levar-nos a pensar que quem presta cuidados nesta área demonstra atitudes mais positivas face a estas pessoas, mas tal pode não acontecer. Estes autores (2008) verificaram que os profissionais especificamente treinados para cuidar destas pessoas, eram muitas vezes vistos, por estas, como agentes estigmatizantes.

É nesta perspectiva e para dar resposta a um pedido do serviço que procurei sensibilizar os profissionais do serviço para a problemática do auto-estigma na pessoa com doença mental. Assim, foi planeada e desenvolvida uma formação aos profissionais da instituição, sobre o auto-estigma na pessoa com doença mental. Com esta sessão procurei que os participantes identificassem os comportamentos estigmatizantes, com vista à sensibilização para a mudança dos mesmos.

A sessão teve a duração de 2 horas. Iniciei a mesma realizando uma avaliação diagnóstica relativamente ao tema, através da aplicação de um modelo em uso na instituição. Foi também realizada uma avaliação sobre o preconceito relativo às pessoas com doença mental através da aplicação aos participantes da escala Q-27. O estigma face à doença mental pode ser avaliado através do “*Attribution Questionnaire 27*” de Corrigan (2004) na versão portuguesa de Sousa, Queirós e Marques (2008) (anexo II). São avaliados 9 elementos do preconceito: responsabilidade, pena, irritação, perigosidade, medo, ajuda, coação, segregação e evitamento. Os dados obtidos através da aplicação da escala Q-27 e do modelo para avaliação diagnóstica ficaram à guarda da instituição para posterior análise e utilização.

De seguida foram desenvolvidos os seguintes temas: conceitos de estigma e auto-estigma, o processo de estigmatização, estereótipos e preconceitos associados, agentes estigmatizantes, níveis de estigma, reações emocionais associadas ao estigmatizador e ao estigmatizado, implicações do auto-estigma na qualidade de vida da pessoa com experiência de doença mental, estigma institucional e a sua relação com o auto-estigma na pessoa com experiência de doença mental.

A sessão foi desenvolvida utilizando os métodos expositivo e interativo, com o intuito de estimular a discussão e fomentar a reflexão sobre os temas abordados.

A sessão foi muito participativa, houve muita troca de experiências relacionadas com o tema e com situações ocorridas dentro e fora da instituição. Foram identificadas

e discutidas algumas situações recorrentes dentro da instituição, em relação às quais existiam perspectivas divergentes e foi realizada uma reflexão conjunta sobre as mesmas. Esta sessão acabou por ser um momento valioso para discutir estas situações menos positivas, pensar em conjunto sobre o impacto das mesmas nos utentes e em formas de evitar as situações ou diminuir o seu impacto negativo. Segundo Barrantes et al. (2017), que estudaram o estigma dos profissionais de saúde junto de pessoas com doença mental, é essencial identificar nas instituições, as fontes que promovem e perpetuam os estereótipos. Sem esta correcta identificação será difícil alterar os preconceitos existentes.

A minha percepção foi de que existiam profissionais que não estavam despertos para o tema do estigma institucional e muito menos para o nível de impacto negativo que as suas atitudes estigmatizantes podiam ter no agravamento da saúde mental dos utentes.

Também observei que na generalidade, os participantes tiveram dificuldades em identificar as atitudes consideradas estigmatizantes. Alguns participantes, na sua maioria enfermeiros, referiram e concordaram que era difícil para os próprios profissionais cuidar da pessoa com doença mental afastando alguns estereótipos negativos como a “incompetência” e a “infantilidade”. Em relação aos preconceitos foram identificados a pena e a irritação, como os mais difíceis de trabalhar.

Outro assunto abordado na sessão e que suscitou bastante discussão, foi o conceito de coação, pois existiam opiniões bastante diferentes do que era considerado um comportamento de coação.

O comportamento de evitamento por parte dos profissionais foi mencionado como sendo recorrente na instituição, no entanto, foi relacionado com os momentos de pausa para descanso dos mesmos. A maioria dos participantes referiu sentir necessidade de existir um momento de afastamento dos utentes durante a actividade profissional, como forma de “recuperação emocional e psicológica” (sic). Apesar deste momento de pausa para descanso ser necessário, Barrantes et al. (2017) obtiveram, no seu estudo, um decréscimo significativo nos valores relativos ao evitamento, após a realização de uma formação aos profissionais de saúde.

O momento em que houve menos discussão, mas maior atenção, foi quando abordei o conceito de auto-estigma, os sentimentos que podem surgir na pessoa com doença mental e as consequências para a sua saúde física e mental.

No final da sessão foi avaliado o nível de satisfação do grupo em relação à sessão formativa através da colocação de algumas questões, nomeadamente em relação à importância do tema abordado, à pertinência dos conceitos discutidos e ao impacto da formação nas atitudes dos profissionais.

A maioria dos participantes considerou que o tema e os conceitos abordados foram muito pertinentes, e que o tipo de discussão e reflexão realizada deveria ser mais frequente e estimulada pelos próprios profissionais e instituição, como forma de promover uma maior qualidade dos cuidados prestados. Barrantes et al. (2017), também consideram que, para existirem resultados visíveis no combate ao estigma, os programas devem ser mantidos a longo prazo, fomentando a sensibilização dos profissionais e a reflexão constante sobre as atitudes e as concepções sobre a doença mental.

## **2.3 Análise das competências desenvolvidas**

De acordo com a OE (2018, p. 21427), “na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESMP desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade”.

Uma vez que antes do estágio a minha experiência profissional junto da pessoa com doença mental era pontual e sem supervisão de um profissional da área, esta etapa do percurso de aprendizagem foi imprescindível para que adquirisse competências de EESMP. Permitiu-me identificar e compreender os comportamentos, problemas e dificuldades da pessoa e família com experiência de doença mental. A prestação direta de cuidados a estas pessoas foi crucial para o desenvolvimento da primeira competência do EESMP: “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2018, p. 21428). Ao prestar cuidados à pessoa com doença mental fui confrontada com as minhas próprias emoções e dificuldades em lidar com os seus comportamentos e dificuldades. Benner (2001) reforça esta ideia, quando defende que o enfermeiro tem consciência da complexidade e da perícia que um determinado cuidado exige quando participa na prática de cuidados.

Recordando aquele primeiro dia de estágio no contexto de comunidade, entre outros, houve momentos em que me senti ansiosa e insegura, com receio da imprevisibilidade comportamental de alguns utentes, mas também por dificuldade em identificar as estratégias necessárias para ajudar a pessoa com doença mental. Neste âmbito, a elaboração dos registos de interação enquanto exercício crítico e reflexivo, permitiu-me desenvolver a primeira competência, tomar consciência das minhas emoções, sentimentos e dificuldades e identificar recursos e estratégias para lidar com os mesmos. Permitiu-me também identificar os stressores associados ao cuidar da pessoa com doença mental, tendo em conta os efeitos do estigma e do auto-estigma no seu quotidiano, aumentando assim a minha compreensão acerca desta problemática. Intervir junto de uma pessoa com doença mental exigiu um processo de reflexão e de tomada de consciência de mim mesma, nomeadamente no que respeita às minhas emoções, medos, inseguranças, dificuldades, mas sobretudo aos meus preconceitos e atitudes estigmatizantes.

Segundo Rogers (2009) quanto mais genuínos formos, mais útil será a relação estabelecida; tornamo-nos mais eficazes quando temos consciência do que estamos a sentir num dado momento, quando nos ouvimos e aceitamos profundamente o que somos. Chalifour (2009) também relaciona a eficácia do profissional e da relação que este estabelece, com a consciencia dos seus limites pessoais e a necessidade de os trabalhar de forma a minimizá-los.

O desenvolvimento desta competência permitiu o estabelecimento de uma relação empática com a pessoa e a capacidade de controlar os fenómenos de transferência e contratransferência, sendo para isso fundamental a partilha e discussão das vivências e emoções com as enfermeiras orientadoras.

Em relação à segunda competência do EESMP: “assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental” (OE, 2018, p. 21428), esta foi desenvolvida através da recolha de informação pertinente para a compreensão do estado de saúde mental dos clientes, mobilizando técnicas de entrevista e de observação do comportamento, demonstrando aptidões de comunicação, sensibilidade cultural e linguística. Realizei uma avaliação global das respostas dos clientes às suas situações particulares de doença e avaliei e mobilizei os seus recursos internos e externos tendo em vista a manutenção do seu estado de equilíbrio e a melhoria da sua qualidade de vida.

Analizando as intervenções inerentes à realização dos estudos de caso, é de referir que procurei manter a continuidade dos cuidados e potenciar as intervenções individuais, através da inclusão dos utentes no programa psicoeducativo de intervenção no auto-estigma.

O acompanhamento destes clientes constituiu uma oportunidade de compreender de que modo o auto-estigma afeta as pessoas e as suas famílias, em todas as suas variáveis, e consequentemente, desenvolver competências no âmbito do planeamento de cuidados individualizados e personalizados, tendo em conta a problemática em estudo. Neste sentido, considero também ter desenvolvido aspetos da terceira competência do EESMP: “ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto” (OE, 2018, p. 21428). Para isso procedi à sistematização e análise dos dados colhidos, identificação dos diagnósticos de saúde mental; determinação dos resultados esperados; implementação de planos de cuidados de enfermagem individualizados, validados e negociados com os clientes, promovendo a funcionalidade, estimulando a autonomia e contribuindo para o empoderamento e a melhoria da autoestima e da qualidade de vida dos mesmos.

Foi também desenvolvida a quarta competência, “Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2018, p. 21430). O estágio permitiu-me estabelecer com os utentes uma relação de confiança, aumentar o seu insight sobre os problemas e dificuldades, promover o autoconhecimento e a autoaceitação, facilitar a adaptação e melhorar a autoestima. Estas intervenções de âmbito psicoterapêutico facilitaram, também, o ajuste das expectativas relativamente à evolução da situação clínica dos utentes.

O planeamento e a condução de intervenções psicoeducativas, com o objetivo de promover o conhecimento, a compreensão e a gestão dos problemas associados à doença mental, é uma competência especificado EESMP reconhecida pela OE (2018).

O programa de psicoeducação implementado em contexto de estágio teve como finalidade contribuir para uma melhor adaptação dos utentes a um stressor que tem graves consequências na autoestima da pessoa com doença mental, nomeadamente o auto-estigma.

Tendo em conta que “o EESMP compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projeto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais” (OE, 2018, p. 21427), as intervenções de âmbito psicoeducativo desenvolvidas procuraram contribuir para a adequação das respostas dos utentes face às dificuldades inerentes à doença mental e aos efeitos do auto-estigma na sua vida. Diminuir o isolamento social e o impacto da desinserção da pessoa promovendo o autoconhecimento e o insight, a socialização e o treino de habilidades sociais, pode melhorar a autoestima e a qualidade de vida de toda a família.

De acordo com a OE (2015), o estigma e a exclusão social fazem parte dos oito enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional do EESMP, assim, com o intuito de promover a melhoria contínua dos cuidados, este “(...) desenvolve processos para a redução do estigma e a promoção da inclusão social das pessoas, com especial relevância para aquelas que vivenciam situações de perturbação ou doença mental” (p. 17038).

Refletindo sobre o meu percurso de aprendizagem, e atendendo de forma particular ao desenvolvimento do programa de psicoeducação, reconheço que desenvolvi, a quarta competências do EESMP.

Quer nos estudos de caso, quer através da condução do programa de psicoeducação, fui capaz de implementar as intervenções identificadas no plano de cuidados, tendo ajudado estas pessoas a alcançar um estado de saúde mental mais próximo do que desejam, promovendo o seu bem-estar, através de cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recordando a questão de partida que orientou o projeto de estágio: quais as intervenções do EESMP na minimização do auto-estigma na pessoa com doença mental? Considero que o percurso de aprendizagem realizado permitiu dar resposta aos vários objetivos que me propus alcançar, nomeadamente a aquisição das competências do EESMP com ênfase na problemática em estudo.

De todo o processo de realização e implementação do projeto é de realçar que o auto - estigma na pessoa com doença mental é um fator de stress, com um impacto negativo na QV das pessoas com doença mental e suas famílias; existem poucos estudos nesta área e os que existem apresentam muitas limitações metodológicas, visto tratar-se de uma experiência subjectiva e individual, não incluindo todos os fatores diretamente influenciados e influenciáveis no processo (Oliveira, 2015).

O processo de estigmatização pode apresentar-se sob várias formas que se interligam e influenciam mutuamente e com grandes implicações para a pessoa/família/comunidade, instituições, e para a sociedade.

Existe já uma consciencialização da necessidade de investir fortemente em programas de educação dos próprios profissionais de saúde e da sociedade, visto que na génese do estigma se encontram os estereótipos resultantes do desconhecimento relativamente à doença mental, fatores condicionantes e suas implicações. A evidência científica mostra que só com programas de educação contínuos e complementares, se conseguirão os melhores resultados na diminuição do estigma em todas as suas formas e principalmente do auto-estigma.

O EESMP pode intervir de forma autónoma nas várias formas de estigma, mas para isso precisa conhecer profundamente o processo de estigmatização, as suas implicações na vida da pessoa com doença mental e as intervenções de enfermagem especializadas mais adequadas para minimizar os seus efeitos.

O projeto desenvolvido permitiu-me confirmar o que a evidência científica demonstrou. As intervenções com algum nível de eficácia na redução do auto-estigma são as de cariz multidisciplinar e que incluem a psicoeducação.

Percebe-se a preocupação cada vez maior pela criação e operacionalização de programas de “empoderamento” das pessoas com doença mental e suas famílias, tendo em vista o desenvolvimento de competências que lhes permitam lidar e gerir melhor as implicações e consequências do estigma e do auto-estigma no seu quotidiano, minimizando o seu impacto.



Na mesma perspectiva existe evidência de que as intervenções com o objetivo de aumentar a autoestima e as competências sociais e relacionais, tendem a ser mais eficazes a longo prazo, minimizando os efeitos do auto-estigma.

Vibha et al. (2008) consideram ainda que é importante estudar as atitudes estigmatizantes dos profissionais que prestam cuidados na área da saúde mental, visto que estes formam uma engrenagem importante na roda dos cuidados de saúde e podem contribuir para a perpetuação destas atitudes. Estes estudos seriam essenciais para estruturar políticas e programas educacionais para reduzir o estigma e promover cuidados de saúde mental positivos.

Torna-se assim essencial a sua educação nesta área específica, de forma a consciencializarem-se da influência das suas atitudes e comportamentos para minimizar o auto-estigma das pessoas com doença mental, na redução da sintomatologia, no aumento da compreensão e adesão aos tratamentos e por conseguinte na QV das mesmas. A sua intervenção deverá ser sustentada na relação terapêutica em parceria com o cliente, procurando promover o seu empoderamento na identificação e gestão do seu próprio comportamento na interação com o ambiente (Chalifour, 2009).

Neste sentido, considero que este projeto promoveu a sensibilização dos profissionais para uma problemática pertinente e que apresenta grande influência na QV da pessoa com experiência de doença mental, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados prestados pelas equipas de enfermagem dos contextos onde realizei o estágio.

Concluindo este relatório, refiro as dificuldades e limitações sentidas ao longo do percurso de aprendizagem. A escassa evidência científica sobre a efetividade de programas psicoeducativos para a diminuição do auto-estigma na pessoa com doença mental foi uma das dificuldades sentidas ao longo do desenvolvimento do projeto.

Outro aspeto prendeu-se com as propriedades psicométricas da escala ISMI, visto que revelou-se ser um instrumento de avaliação com algumas limitações na sua aplicação. A maioria dos clientes demonstraram dificuldades na compreensão e interpretação das questões apresentadas, não permitindo o autopreenchimento de forma pura, foi necessário proceder à sua explicação e auxiliar no preenchimento das escalas. Visto que a maioria das pessoas institucionalizadas com doença mental apresenta um baixo nível de escolaridade e/ou algum défice cognitivo, este fator

levou-me a pensar que esta escala poderá não estar adaptada às necessidades da maioria da população portuguesa com experiência de doença mental.

Outra das limitações sentidas prendeu-se com a impossibilidade de quantificar eventuais ganhos em saúde a curto e longo prazo, pois a evidência científica aconselha a reaplicação da escala ISMI após um, três e seis meses do término das intervenções desenvolvidas, no entanto, devido ao curto tempo de estágio em cada contexto isso não foi possível.

Perspetivando o meu desenvolvimento pessoal e profissional, procurarei mobilizar as aprendizagens concretizadas ao longo deste percurso formativo no meu contexto profissional, utilizando todos os conhecimentos e competências adquiridas nos cuidados prestados.

Mais importante que as competências adquiridas, é a responsabilidade inerente à prática de uma enfermagem especializada e avançada. Compreendi que aprender a lidar com a pessoa com doença mental e as suas especificidades é um desafio, por isso, a partilha destes conhecimentos com os meus pares é, também, um dos objetivos que levo para a minha prática clínica enquanto EESMP, contribuindo para a Qualidade e Excelência no Cuidar.

Termino a minha exposição com um pensamento de Ferreira, M.E. (2005), para quem “Acreditar que a pessoa em si é potencialidade, é o psicofármaco mais potente e, por isso, estimula a crescer”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaresha, A. C., Kalmady, S. V., Joseph, B., Agarwal, S. M., Narayanaswamy, J. C., Venkatasubramanian, G., & Subbakrishna, D. K. (2018). Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 59-66. Doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.030
- Au, C. H., Wong, C. S. M., Law, C. W., Wong, M. C., & Chung, K. F. (2019). Self-stigma, stigma coping and functioning in remitted bipolar disorder. *General Hospital Psychiatry*, 57, 7-12.  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.12.007>.
- Barrantes, F. J., Violante, C., Graça, L., & Amorim, I. (2017). Programa de Luta contra o Estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE5), 19-24.
- Benner, P., Lourenço, B., & Queirós, A. A. (2001). *De iniciado a perito; Excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bento M.F.S. (2014). *O Estigma da Doença Mental e os Meios de Comunicação Social*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.
- Bingham, H., & O'Brien, A. J. (2018). Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (1), 311-319. Doi: 10.1111/inm.12322.
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (1), 221-231.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.06.005>.
- Branden, N. (1993). Como potenciar este importante recurso psicológico. *El poder del autoestima*. México: Paidós.
- Bush, K. (2001). Do you really listen to patients? *RN*, 64 (3), 35-37.
- Caldas de Almeida, J. M., Xavier, M., Cardoso, G., Gonçalves-Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 26-29.

- Campos C. M. (2018). *Psicoeducação em Saúde Mental na comunidade: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Caplan, S. (2016). A pilot study of a novel method of measuring stigma about depression developed for latinos in the faith-based setting. *Community mental health journal*, 52 (6), 701-709. DOI 10.1007/s10597-016-0005-7.
- Casados, A. T. (2017). Reducing the stigma of mental illness: current approaches and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24 (3), 306-323. Doi: 10.1111/cpsp.12206.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta, 1.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção*. Loures: Lusodidacta, 2.
- Cheang, S. I., & Davis, J. M. (2014). Influences of face, stigma, and psychological symptoms on help-seeking attitudes in Macao. *PsyCh journal*, 3 (3), 222-230. Doi.org/10.1002/pchj.61 PMID: 26271940.
- Corker, E., Hamilton, S., Robinson, E., Cotney, J., Pinfold, V., Rose, D., ... & Henderson, C. (2016). Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in England 2008 - 2014. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134, 6-13. <https://doi.org/10.1111/acps.12610>.
- Corral, A. C., Castro, C. D., Aparicio, C. D., Ortega, E. E., & Larios, L. J. G. (2016). Influencia de la jubilación en la satisfacción con la vida y la autoestima. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación y docencia creativa*, (5), 21-26.
- Corrigan, P. W., & Lundin, R. K. (2001). *Don't Call Me Nuts! coping with the stigma of mental illness* (pp. 121-175). Tinley Park, IL: Recovery Press.
- Corrigan, P. W., Morris, S., Larson, J., Rafacz, J., Wassel, A., Michaels, P., ...& Rüsch, N. (2010). Self-stigma and coming out about one's mental illness. *Journal of community psychology*, 38 (3), 259-275. DOI: 10.1002/jcop.20363.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric services*, 63 (10), 963-973. Doi: 10.1176/appi.ps.201100529.

- Corrigan, P. W., Roe, D., & Tsang, H. W. (2011). *Challenging the stigma of mental illness: Lessons for therapists and advocates*. John Wiley & Sons.
- Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30 (8), 907-922.
- Crocker, J., & Quinn, D. M. (2000). Social stigma and the self: Meanings, situations, and self-esteem. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl, & J. G. Hull (Eds.) *Stigma: social psychological perspectives* (pp. 153-183). New York: Guilford.
- Dias, E. G., Andrade, F. B. D., Duarte, Y. A. D. O., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2015). Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 1623-1635.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa. <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saudeprioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental>.
- Drew, N., Faydi, E., Freeman, M., & Funk, M. (2010). *Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva: World Health Organization.
- El-Tantawy, A. M. A., Raya, Y. M., & Zaki, A. M. K. (2010). Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry*, 17 (3), 15-25.
- Ferreira, M.E. (2005). Um olhar sobre a (d)estigmatização do doente mental. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria, Escola de Saúde de Leiria.
- Goffman, Erving (1975). *Estigma: notas sobre a manipulação de identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Guasch, Y., Sanjuan, J., & Ribas, S. (2016). Actua, tots per tots (act, all for all). *International Journal of Integrated Care*, 16 (6). DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.2913>
- Guruge S., Wang A.Z.Y., Jayasuriya-Illesinghe V., and Sidan S., (2016). Knowing so much, yet knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context. Doi.org/10.1080/13548506.2016.1191655
- Hasan, A. A. H., & Musleh, M. (2018). Self-stigma by people diagnosed with schizophrenia, depression and anxiety: Cross-sectional survey

- design. *Perspectives in psychiatric care*, 54 (2), 142-148. DOI: 10.1111/ppc.12213.
- Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF (2018). Effect of family sense of coherence on internalized stigma and health-related quality of life among individuals with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing* (2018) 27, 138 - 14. Doi: 10.1111/inm.1230
- Johnson, Marion (2009). *Ligações entre Nanda, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed. 703 p. ISBN 978 - 85 - 363 - 1769 - 4.
- Jorm, A. F., Barney, L. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on Mental Health Literacy: What we know and what we Still Need to know *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (1), 3 - 5. Doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x
- Kacperek, L. (1997). Non-verbal communication: The importance of listening. *British Journal of Nursing*. P.13 - 26.
- Kingdon D., Sharma T. & Hart D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull*. 28:401-406.
- Kosyluk K., Marshall J., Rivera M. D., Andrus D., Guerra D., Robinson M., Ostos A., Chapman S., (2018). Examining the Impact of This Is My Brave on Mental Illness Stigma and Willingness to Seek Help: A Pilot Study. *Community Mental Health Journal*. 54:276 - 281. Doi.org/10.1007/s10597-018-0238-8.
- Lazúre. H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Loures: Lusodidacta.
- Lebon, A. (1997). Psico-educação: a ciência do "viver com" educativo e terapêutico. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, (12-13), 11-27. Doi.org/10.1590/S0103863X1997000100002
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27 (1), 363-385.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and medicine*, 71, 2150 - 2161. Doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030.
- Loch A.A. (2012). Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Ver Bras Psiquiatr*. 34:185-192.

- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131, 202 - 223.
- Mann, M., Hosman, C. M., Schaalma, H. P., & de Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357 - 372.
- Melnikov S., Elyan-Antar T., Schor R., Kigli-Shemesh R., Kagan I., (2017). Nurses Teaching Prison Officers: A Workshop to Reduce the Stigmatization of Prison Inmates With Mental Illness. *Perspectives in Psychiatric Care* ISSN 0031-5990. Doi: 10.1111/ppc.12165
- Mittal D., Sullivan G., Chekuri L., Allee E., Corrigan P. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: a critical review of the literatur. *Psychiatt. Serv.*, 63 (10), pp. 974 - 981. Doi:10.1176/appi.ps.201100459
- Montoya Flores B. I., & Landero Hernández R. (2013). Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 18 (1), 117-122.
- Moreira V. e Melo A. K. (2008). “Minha Doença é Invisível!”: Revisitando o Estigma de ser Doente Mental. *Interação em Psicologia*, 12 (2), p. 307-314. Universidade de Fortaleza. Doi.org/10.5380/psi.v12i2.7289
- Moxham L., Taylor E., Patterson C., Perlman D., Brighton R., Sumskis S., Keough E., Hefferman T., (2016). Can a clinical placement influence stigma? An analysis of measures of social distance. Author links open overlay panel. *Nurse Education Today*. Volume 44, September 2016, Pages 170-174. Doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.003.
- Muxfeldt A. M., Izolan M. L., Teixeira D.B., Boeing F. W., (2019). A importância da validação emocional para os idosos de um centro de convivência da região oeste do Paraná. *Braz. J. Hea. Rev.*, Curitiba, v. 2(4), p. 2507-2512. DOI: 10.34119/bjhrv2n4-022
- Nascimento, L., C. Rocha, S., M., M. & Hayes, V., E. (2005). Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Vol.14, n.2, pp. 280-286. ISSN 0104-0707. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n2/a17v14n2.pdf>.
- Neuman B., Fawcett J. (2011). *The Neuman Systems Model*. 5th ed. Boston. Pearson Professional Education, 428 p. ISBN 978-0-13-514277-6.

- Ng Y.P., Rashid A., & O'Brien F. (2017). Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in improving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness. *PLoS ONE* 12 (11): e0187861. Doi.org/10.1371/journal.pone.0187861.
- Oliveira S. E. H. (2015). (IN) *visível para quem? Um olhar sobre o Estigma Internalizado, Auto-estima e Qualidade de Vida em Pessoas com Doença Mental*. Tese de Doutoramento. ISCTE - IUL.  
<http://hdl.handle.net/10071/12455>
- Oliveira, S. E., Carvalho, H., & Esteves, F. (2016). Internalized stigma and quality of life domains among people with mental illness: the mediating role of self-esteem. *Journal of Mental Health*, 25 (1), 55-61.
- Oliveira, S. E., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatry research*, 229 (1-2), 167-173. Doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.047.
- Oliveira S. E. H., Esteves, Francisco G., Pereira, Edgar G., Carvalho, Marina, Boyd, Jennifer E. (2015). The Internalized Stigma of Mental Illness: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the ISMI Scale. *Community Ment Health J. Springer Science + Business Media*. New York. DOI 10.1007/s10597-015-9828-x
- Ordan, R., Shor, R., Liebergall-Wischnitzer, M., Noble, L., & Noble, A. (2018). Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. *Journal of clinical nursing*, 27 (7-8), 1543-1551. DOI: 10.1111/jocn.14179.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Regulamento nº 356/2015. *Diário da República*, 2ª série - Nº122 - 25 de junho, 17034-17041.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Regulamento n.º 515/2018. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 151 - 7 de agosto, 21427-21430.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento n.º 140/2019. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro, 4744-4750.



- Orlinsky, D. E. (2005). Becoming and being a psychotherapist: A psychodynamic memoir and meditation. *Journal of clinical psychology*, 61 (8), 999-1007. DOI: 10.1002/jclp.20173
- Payne Rosemary A. (2003). *Técnicas de relaxamento. Um guia prático para profissionais de saúde*. 2ª Edição. Lusociência- Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures.
- Phaneuf, M. C. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pietrus, M. (2014). Opening Minds: The Mental Health Commission of Canada's Anti-Stigma Initiative: Preface. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59 (10 Suppl 1), S3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4213750/>
- Pinto, Daniel Ezequiel (2017). *Validação emocional: uma habilidade essencial ao lidar com emoções*. Jan.
- Prados, H.MA., García, B.L. y Martínez Andreo, MM. (2018). Autoestima y ansiedad en los adolescentes. *ReiDoCrea*, 7, 269-278.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2017). *Direcção Geral da Saúde*. Lisboa.
- Pyne J.M., Kuc E.J., Schroeder P.J, Fortney J.C., Edlund M., Sullivan G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (4). p. 278-283.
- Queiroz, S. (2011). *Reflexões sobre Educação para a Saúde*. Observatório das políticas de educação e formação.
- Ritsher J. B., Otilingam P. G. & Grajales M. (2003). Internalized Stigma of Mental Illness: Psychometric Properties of a New Measure. *UC San Francisco*. DOI: 10.1016/j.psychres.2003.08.008 · Source: PubMed.
- Ritsher J., Phelan J. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 129 (3): 257-265.
- Rogers C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Saridi M., Kordosi A., Toska A., Peppou L.E., Economou M., Souliotis K., (2017). Attitudes of health professionals towards the stigma surrounding depression in times of economic crisis. *International Journal of Social Psychiatry*, 63 (2), 115-125. Doi: 10.1177/0020764016685348.
- Schulze B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on intricate relationship. *International review of Psychiatry*, 19 (2), 137-155.

- Silva A. L. (2017). Psicoeducação na doença mental e tratamento assertivo na comunidade. *Hospitalidade*. Nº 317, p. 21-28.
- Sin J. & Norman I. (2013). Psychoeducational Interventions for Family Members of People With Schizophrenia: A Mixed-Method Systematic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74 (12), e1145-62. Doi.org/10.4088/JCP.12r08308
- Smith M.L., Yang L.H., Huang D., Pike K.M., Yuan C. & Wang Z., (2018). Measuring internalized stigma of mental illness among Chinese outpatients with mood disorders. *International Journal of Culture and Mental Health*. DOI: 10.1080/17542863.2018.1442484.
- Sousa S. C. P. G. (2012). *Auto-estigma na doença mental grave: desenvolvimento de um programa de intervenção com recurso ao sociodrama e ao E-Learning*. Tese de doutoramento. Universidade do porto. <https://hdl.handle.net/10216/61999>
- Sousa, S., Queirós, C., Marques, A., Rocha, N., e Fernandes, A. (2008). Versão preliminar portuguesa do Attribution Questionnaire (AQ-27). Porto, Portugal: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto/ESTSP-IPP.
- Spadini, L. S., Souza, M. C. B. M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (1), 132-138. Doi.org/10.1590/S1414-81452006000100018
- Struening, E. L., Perlick, D. A., Link, B. G., Hellman, F., Herman, D., & Sirey, J. A. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families. *Psychiatric services*, 52 (12), 1633-1638. <https://ps.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ps.52.12.1633>
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma para transtornos mentais: características e intervenções. *Saúde mental*, 38 (1), 53-58.
- Taylor, Shelley E. (2003). *Health psychology*. 5th ed. Boston: McGraw-Hill, cop. XVIII, 636 p. ISBN 0-07-119903-9.
- Thornicroft G., Rose D., Kassam A. & Sartorius N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal of Psychiatry*, 190,192193. Doi: 10.1192/ bjp. bp. 106. 025791.

- Van Brakel, W. H. (2006). Measuring health related stigma. A literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 307 - 334.
- Vibha P., Saddichha S., & Kumar R. (2008). Attitudes of Ward attendants towards mental illness: Comparisons and Predictors. *International Journal of Social Psychiatry*, 469-479.
- Winkler P., Janoušková M., Kožený J., Pasz J., Mladá K., Weissová A., Tušková E., Evans-Lacko S. (2017). Short video interventions to reduce mental health stigma: a multicentre randomised controlled trial in nursing high schools. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52 (12), 1549-1557. DOI 10.1007/s00127-017-1449-y.
- World Health Organization. (2000). International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the WHO*, 78 (4), 413-426.
- World Health Organization, (2001). *The World Health Report: Mental Health: New Understanding*. World Health Organization, New Hope, Geneva.
- World Health Organization (2005). *Atlas: Child and Adolescent Mental Health Resources: Global Concerns, Implication for the future*. [http://www.who.int/mental\\_health/resources/Child\\_ado\\_atlas.pdf](http://www.who.int/mental_health/resources/Child_ado_atlas.pdf)
- World Health Organization (2013). *Comprehensive mental health action plan, 2013 - 2020*. Geneva: Author.
- Yang L., Valencia E., Alvarado R., Link B., et al. (2013). *A theoretical and empirical framework for constructing culture specific stigma instruments for Chile*. *Cad Saude Colet*; 21(1): 71-79.
- Yanos P.T., Lucksted A., Drapalski A.L., Roe D., Lysaker P. (2014). Interventions targeting mental health self-stigma: a review and comparison. *Psychiatr. Rehabil. J.* 10.1037/prj0000100
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 59, 1437 - 1442.
- Yeung, E. Y. W., Irvine, F., Ng, S. M., & Tsang, K. M. S. (2017). How people from Chinese backgrounds make sense of and respond to the experiences of mental distress: Thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24 (8), 589-599. DOI: 10.1111/jpm.12406.

## **ANEXOS E/OU APÊNDICES**

Anexo I

ISMI: Estigma internalizado em pessoas com doença mental

# ISMI - ESTIGMA INTERNALIZADO EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL VERSÃO PORTUGUESA<sup>1</sup>

## INSTRUÇÕES

Neste questionário será usada a expressão "doença mental", mas, por favor, interprete-a usando o termo que acha que melhor se aplica.

Assinale em cada questão se Discorda Totalmente (1), Discorda (2), Concorda (3) ou Concorda Totalmente (4)

		Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1.	Sinto-me deslocado/a no mundo porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
2.	As pessoas discriminam-me porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
3.	Procuo não me aproximar de pessoas que não têm uma doença mental de modo a evitar a rejeição.	1	2	3	4
4.	Sinto-me embaraçado/a ou envergonhado/a por ter uma doença mental.	1	2	3	4
5.	As pessoas com doença mental não devem casar.	1	2	3	4
6.	As pessoas com doenças mentais dão um contributo importante à sociedade.	1	2	3	4
7.	Sinto-me inferior àquelas pessoas que não têm uma doença mental.	1	2	3	4
8.	Não socializo tanto como anteriormente, por causa da minha doença mental, que pode fazer com que eu pareça ou reaja de forma "estranha".	1	2	3	4
9.	As pessoas com uma doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante.	1	2	3	4
10.	Não falo muito de mim mesmo/a porque não quero sobrecarregar as outras pessoas com a minha doença mental.	1	2	3	4
11.	As ideias negativas ou estereótipos sobre as doenças mentais fazem com que me isole do mundo dito "normal".	1	2	3	4
12.	Estar com pessoas que não têm uma doença mental faz com que me sinta deslocado/a ou inadequado/a.	1	2	3	4
13.	Não me sinto à vontade ao ser visto/a em público com uma pessoa que tem manifestamente uma doença mental.	1	2	3	4
14.	As pessoas muitas vezes tratam-me com um ar condescendente ou tratam-me como uma criança só porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
15.	Estou desiludido/a comigo por ter uma doença mental.	1	2	3	4
16.	Ter uma doença mental estragou a minha vida.	1	2	3	4
17.	As pessoas conseguem ver que tenho uma doença mental pela aparência que tenho.	1	2	3	4
18.	Devido à minha doença mental preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim.	1	2	3	4

<sup>1</sup> Tradução, Adaptação Cultural e Validação a partir do original de Ritscher, Otilingam & Grajales (2003), efectuada por S. Oliveira, E. Pereira & M. Carvalho, 2010.

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

A reprodução e utilização deste questionário está dependente da autorização dos autores da versão portuguesa

		Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
19.	Evito situações sociais para proteger a minha família e amigos de embarços.	1	2	3	4
20.	As pessoas que não têm uma doença mental não iriam conseguir compreender-me.	1	2	3	4
21.	As pessoas ignoram-me ou não me levam tão a sério só porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
22.	Não consigo contribuir em nada para a sociedade porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
23.	Viver com uma doença mental tem feito de mim um/a lutador/a sobrevivente.	1	2	3	4
24.	Ninguém iria querer aproximar-se de mim porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
25.	De um modo geral consigo viver a minha vida da maneira que eu quero.	1	2	3	4
26.	Não me sinto realizado/a ou satisfeito/a e bem com a vida, por causa da minha doença mental.	1	2	3	4
27.	As pessoas pensam que não consigo alcançar muita coisa na vida porque tenho uma doença mental.	1	2	3	4
28.	As ideias negativas ou estereótipos sobre as pessoas com doença mental aplicam-se a mim.	1	2	3	4

Obrigada pela sua Participação

Anexo II  
Attribution Questionnaire 27



POR FAVOR LEIA A SEGUINTE INFORMAÇÃO SOBRE O JOSÉ:

O José é um homem com 30 anos de idade, solteiro e com Esquizofrenia. Às vezes ouve vozes e fica perturbado. O José vive sozinho num apartamento e trabalha como estafeta num grande escritório de advogados. Já foi internado seis vezes devido à sua doença.

AGORA RESPONDA A CADA UMA DAS QUESTÕES QUE SE SEGUEM SOBRE O JOSÉ.

MARQUE COM UM CIRCULO O NÚMERO QUE MELHOR CORRESPONDE À SUA RESPOSTA:

1. Eu iria sentir-me incomodado pelo José.  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
2. Eu iria sentir-me inseguro perto do José.  
Não, nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 sim, muito
3. O José iria assustar-me.  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
4. Até que ponto ficaria zangado com o José?  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
5. Se eu fosse responsável pelo tratamento do José, pediria para ele tomar a medicação.  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
6. Penso que o José coloca a sua vizinhança em risco se não for internado.  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
7. Se eu fosse um empregador, entrevistaria o José para um emprego.  
Nada provável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito provável
8. Eu estaria disposto a conversar com o José sobre os seus problemas.  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
9. Eu iria sentir piedade pelo José.  
Nenhuma 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muita

10. Eu iria pensar que o José é o culpado da sua situação actual.  
Não, não concordo nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 sim, concordo muito
11. Até que ponto acha que é controlável a causa da situação actual do José?  
Nada dependente do controle pessoal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 completamente dependente do controle pessoal
12. Até que ponto se sentiria irritado com o José?  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
13. Até que ponto sentiria que o José é perigoso?  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
14. Até que ponto concorda que o José deveria ser forçado a tratar-se com o seu médico mesmo que ele não quisesse?  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
15. Eu penso que seria melhor para a comunidade onde o José está inserido se ele fosse colocado num hospital psiquiátrico.  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
16. Eu partilharia uma boleia de carro com o José, todos os dias.  
Nada provável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito provável
17. Até que ponto acha que um asilo, onde o José pudesse estar afastado da sua vizinhança, seria o melhor local para ele?  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
18. Eu iria sentir-me ameaçado pelo José.  
Não, nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 sim, muito
19. Até que ponto sentiria medo do José?  
Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito
20. Até que ponto estaria disposto a ajudar o José?  
Definitivamente não o ajudaria 1 2 3 4 5 6 7 8 9 definitivamente ajudaria

21. Até que ponto tem a certeza de que iria ajudar o José?

Nenhuma certeza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 certeza absoluta

22. Até que ponto sentiria pena do José?

Nenhuma 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muita

23. Até que ponto acha que o José é responsável pela sua situação actual?

Nada responsável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito responsável

24. Até que ponto se iria sentir assustado pelo José?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito

25. Se eu fosse responsável pelo tratamento do José, iria forçá-lo a viver numa residência comunitária.

Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito

26. Se eu fosse senhorio, provavelmente alugaria um apartamento ao José.

Nada provável 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito provável

27. Até que ponto se iria preocupar com o José?

Nada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 muito

1 Versão para investigação elaborada por S. Sousa, C. Queirós, A. Marques, N. Rocha & A. Fernandes (2008), traduzida do original A.Q. - 27 (P. Corrigan et al., 2003).

## **APÊNDICES**

Apêndice I  
Quadro com os artigos científicos pesquisados

Autores	Tipo de estudo	População	Contexto	Objetivos	Intervenções/ Instrumentos	Principais resultados
1-Susan Caplan.	Estudo exploratório	64 Participantes,	Os dados foram colhidos durante um período de três anos, entre 2012 e 2015, de três igrejas separadas que participaram do estudo piloto.	O objetivo deste estudo piloto foi testar um método anônimo de medir o estigma no ambiente comunitário.	O método de colheita de dados, "Perguntas com Cartas" (Cartas com Cartas), usava cartas de jogar numeradas para conduzir pesquisas de grupo anônimas sobre crenças estigmatizantes durante uma intervenção de alfabetização em saúde mental. Escala de Depressão do Estigma (PDSS) e questões religiosas do estigma da sociedade	Este estudo exploratório mostrou o potencial para a eficácia de "Perguntas com Cartas" como um novo método de medir o estigma no cenário comunitário. O "Perguntas com Cartas" faz uso de pesquisas anônimas de uma maneira que é conveniente e fácil de aplicar com diversos grupos. Dados preliminares mostram que é menos vulnerável ao viés de desejabilidade social inerente a medidas explícitas.
2-Ng Y.P., Rashid A., O'Brien F.	Estudo pré-post transversal	206 Enfermeiras selecionadas aleatoriamente em Penang, Malásia	Cuidados de saúde primários	Este estudo avaliou as atitudes dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários em relação às pessoas com doença mental e os seus fatores associados; e a efetividade de uma curta intervenção de contato com base em vídeos (VBCI).	Versão malaia da escala de 15 itens do Open Minds Stigma para Healthcare Providers (OMS-HC-15-M). Foi desenvolvido um vídeo (VBCI) de 5 minutos incluindo elementos de psicoeducação e entrevistas de pessoas com doença mental em que estas falam da sua experiência de doença mental e recuperação.	Ao considerar a estatística de Mudança Detectável Mínima de 7,76, o VBCI produziu uma melhoria significativa de atitudes em 30% dos participantes. Os fatores associados às atitudes menos estigmatizantes foram: treino anterior em cuidados psiquiátricos; desejo de treino em cuidados psiquiátricos e contato positivo com pessoas com doença mental.
3-Lorna Moxham <sup>a</sup> Ellie Taylor <sup>b</sup> Christopher Paterson <sup>a</sup> Dana Perelman <sup>c</sup> Renee Brighton <sup>a</sup> Susan Sumski	Quase experimental	Setenta e nove estudantes de enfermagem do		Determinar se o estigma em relação às pessoas com doença mental variou para estudantes de licenciatura de enfermagem que participaram num estágio clínico não tradicional chamado "Recovery Camp",	Escala de Distância Social (SDS) pré e pós estágio e após três meses. Participação num estágio clínico não tradicional denominado "Recovery Camp".	Os resultados sugerem que uma estágio clínico baseada em recreação terapêutica foi mais bem sucedido na redução do estigma em relação à pessoa com doença mental em estudantes de enfermagem de licenciatura em comparação com aqueles

s <sup>a</sup> EmilyKeough <sup>a</sup> TimHeffernan <sup>d</sup>		terceiro ano		em comparação com os alunos que frequentaram um estágio clínico típico de saúde mental.		que frequentaram estágios clínicos típicos de saúde mental.
4- Bingham H., O'Brien A.J		45 Estudantes de enfermagem do 1º ano.	O presente estudo foi realizado em uma escola de enfermagem em Nova Zelândia.	O objetivo do presente estudo foi avaliar em que medida uma intervenção educativa - experiência clínica guiada numa unidade de saúde mental aguda durante o primeiro ano do currículo - diminuiu as crenças estigmatizantes dos enfermeiros em relação às pessoas com doença mental e questões de dependência.	O Questionário de Atribuições de Corrigan foi usado para colher dados pré e pós-experiência clínica numa unidade de saúde mental aguda.	O presente estudo mostrou que o uso da prática clínica em saúde mental no primeiro ano de um curso de enfermagem muda algumas atitudes estigmatizantes em relação àqueles com problemas de saúde mental.
5-Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF	Estudo transversal e correlacional	111 Indivíduos com esquizofrenia	Serviços de reabilitação psiquiátrica de internamento de dois hospitais psiquiátricos em Taiwan.	O objetivo deste estudo foi explorar o grau de qualidade de vida relacionada com a saúde e examinar o efeito mediador do senso de coerência familiar no estigma internalizado e na qualidade de vida relacionada com a saúde em indivíduos com esquizofrenia.	Entrevistas estruturadas cara-a-cara foram aplicadas para colher dados. Os dados foram analisados com estatística descritiva e análises de regressão múltipla.	Este estudo indica que o conhecimento sobre o papel do senso de coerência familiar na reabilitação da saúde mental pode ajudar os profissionais de saúde mental a fornecer intervenções terapêuticas para abordar o estigma internalizado, promovendo assim a qualidade de vida relacionada com a saúde em indivíduos que vivem com esquizofrenia.
6- E. Y. W. Yeung, F. Irvine, S. M. Ng, K. M. S. Tsang	A análise temática foi utilizada para analisar	14 Pessoas com doença mental e	Organizações voluntárias chinesas nas principais	O objetivo foi examinar como as populações chinesas dão sentido às experiências de sofrimento mental e como esse entendimento influencia	Entrevistas	O estigma associado à doença mental impede que as pessoas façam uso dos recursos da comunidade. Os serviços que reconhecem o estigma associado à doença mental podem ajudar as famílias a atender à demanda física e psicológica do seu papel de cuidador e podem limitar sua

	os dados.	16 familiares	cidades da Inglaterra	os seus caminhos para a atenção em saúde mental.		necessidade de procurar serviços alternativos dispendiosos.
7- Ordan R., Shor R., Liebergall-Wischnitzer M., Noble L., Noble A.	Estudo Transversal métodos mistos	Sessenta e uma enfermeiras participaram no estudo	Enfermeiras que trabalham nas unidades de pós-parto.	Examinar o estigma e as atitudes profissionais da parentalidade em relação às mulheres no pós-parto com doença mental grave e a associação entre as atitudes das enfermeiras e as intervenções de enfermagem que promovem a maternidade.	Questionários	Os enfermeiros que cuidam de puérperas com doença mental grave e dos seus bebés podem fornecer menos intervenções de rotina no pós-parto devido ao estigma profissional e atitudes negativas em relação às habilidades parentais. Os enfermeiros devem fornecer cuidados personalizados e individualizados que permitam às mulheres com doença mental grave desempenharem o seu papel de mãe.
8-Melnikov S., Elyan-Antar T., Schor R., Kigli-Shemesh R., Kagan I.	Estudo de correlação	Oitenta e três agentes prisionais	Várias prisões em Israel	Avaliar a eficácia de um workshop conduzido por enfermeiros, destinado a melhorar a atitude estigmatizante dos agentes penitenciários em relação aos detidos com doença mental.	Workshop de 6 dias, realizado por enfermeiros, voltado para os componentes cognitivos, psicoeducacionais e comportamentais do estigma expresso publicamente. Questionário	O workshop aumentou significativamente o conhecimento e diminuiu as atitudes estigmatizantes.
9- Al-Hadi A., Musleh H.M.	Pesquisa transversal	564 Pessoas com esquizofrenia, depressão e ansiedade	Clínica psiquiátrica em Amman, Jordânia	Objetivo: este estudo investigou o auto-estigma em relação à esquizofrenia, depressão e ansiedade.	Questionário	A auto percepção das condições de saúde mental, como esquizofrenia, depressão e ansiedade, tem implicações importantes para o planeamento de programas anti-estigma e consciencialização. A compreensão dessas percepções pode ser útil para desenvolver intervenções efetivas e sob medida.
10 -Winkler P. et al	Um estudo controlado multicêntrico randomizado	21 Escolas de enfermagem	Escolas de enfermagem na República Checa	O objetivo foi avaliar se intervenções curtas em vídeo poderiam reduzir o estigma entre estudantes de enfermagem.	Folheto informativo Breve intervenção em vídeo Seminário envolvendo contato direto com um paciente do serviço	O seminário teve o efeito mais forte e relativamente estável sobre as atitudes e comportamentos dos alunos, mas o efeito das intervenções curtas em vídeo também foi considerável e estável ao longo do tempo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Caplan S. (2016). A Pilot Study of a Novel Method of Measuring Stigma about Depression Developed for latinos in the Faith-Based Setting. *Community Ment Health J.* 52: 701–709 DOI 10.1007/s10597-016-0005-7
- 2- Ng YP, Rashid A, O'Brien F (2017). Determining the effectiveness of a video-based contact intervention in improving attitudes of Penang primary care nurses towards people with mental illness. *PLoS ONE* 12 (11): e0187861. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187861>
- 3- Moxham L., Taylor E., Patterson C., Perlman D., Brighton R., Sumskis S., Keough E., Hefferman T., (2016). Can a clinical placement influence stigma? An analysis of measures of social distance. Author links open overlay panel. *Nurse Education Today*. Volume 44, September 2016, Pages 170-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.003>
- 4- Bingham H., O'Brien A. J, (2018). Educational intervention to decrease stigmatizing attitudes of undergraduate nurses towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*. 27,311–319. Doi:10.1111/inm.12322
- 5- Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF (2018). Effect of family sense of coherence on internalized stigma and health-related quality of life among individuals with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing* (2018) 27, 138–14. Doi: 10.1111/inm.1230
- 6- Yeung E. Y. W., Irvine F., Ng S.M., Tsan K.M.S. (2017). How people from Chinese backgrounds make sense of and respond to the experiences of mental distress: Thematic analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017; 24:589–599. DOI: 10.1111/jpm.12406
- 7- Ordan R., Shor R., Liebergall-Wischnitzer M., Noble L., Noble A., (2017). Nurses' professional stigma and attitudes towards postpartum women with severe mental illness. DOI: 10.1111/jocn.14179
- 8- Melnikov S., Elyan-Antar T., Schor R., Kigli-Shemesh R., Kagan I., (2017). Nurses Teaching Prison Officers: A Workshop to Reduce the Stigmatization of Prison Inmates With Mental Illness. *Perspectives in Psychiatric Care* ISSN 0031-5990. doi: 10.1111/ppc.12165
- 9- Al-Hadi A., Musleh H.M., (2018). Self-stigma by people diagnosed with schizophrenia, depression and anxiety: Cross-sectional survey design. *Inc Perspect Psychiatr Care*. 54:142–148. DOI:10.1111/ppc.12213.
- 10- Winkler P., Janoušková M., Kožený J., Pasz J., Mladá K., Weissová A., Tušková E., Evans-Lacko S. (2017). Short video interventions to reduce mental health stigma: a multicentre randomised controlled trial in nursing high schools. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52:1549–1557. DOI 10.1007/s00127-017-1449-y.

Apêndice II  
Autorização para aplicação do instrumento de avaliação

---

De: MARIA EMÍDIA CORREIA RAPOSO

Enviado: 13 de maio de 2019 15:18

Para: Sandra Oliveira

Assunto: Re: Pedido de autorização para utilização de instrumento de avaliação

Muito obrigado.

A Seg, 13/05/2019, 14:14, Sandra Oliveira

· escreveu:

[Cara Emília](#)

[Esteja à vontade para usar a versão portuguesa do ISMI.](#)

[Cumprimentos e votos dos maiores sucessos para o seu projeto.](#)

Emília Raposo <[mariaemidiaraposo@campus.esel.pt](mailto:mariaemidiaraposo@campus.esel.pt)> escreveu no dia segunda, 13/05/2019 à(s) 08:35:

Bom dia, o meu nome é Emília Raposo, sou enfermeira e encontro-me a fazer o mestrado em enfermagem na área de saúde mental e psiquiátrica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a elaborar um projeto de estágio que será implementado no 2º ano, 3º semestre, ou seja a partir de 23 de setembro de 2019, e em que pretendo abordar o tema do estigma internalizado na pessoa com doença mental. Peço assim a sua autorização para utilização da versão portuguesa da escala ISMI (estigma internalizado em pessoas com doença mental).  
Atenciosamente.

-

-

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

-

Apêndice III  
Plano do programa de psicoeducação

## Plano do programa de psicoeducação

SESSÃO	TEMAS	OBJETIVOS
I “O autoconhecimento e o encontro com o outro”	O autoconhecimento O autoconhecimento e a auto-percepção positiva A importância do conhecimento do outro Os benefícios da socialização e das relações interpessoais. Importância de ter metas realistas	Informar os vários elementos do grupo dos temas, duração e planificação das sessões. Pedir o consentimento informado dos vários elementos para a sua participação. Reforçar a autoconfiança e a confiança nos outros. Promover a melhoria da autoestima.
II “Autoaceitação”	A aceitação de si mesmo O autoconhecimento e a auto-percepção positiva Implicações da doença mental na vida pessoal e familiar Redes de suporte Aceitação da doença	Promover e estimular a socialização. Promover o hetero e autoconhecimento. Promover a autoaceitação Reforçar a confiança em si. Contribuir para a melhoria da autoestima.
III “Socializar”	Estigma e auto-estigma Implicações na vida da pessoa: atitudes negativas face à doença, dificuldades de socialização, isolamento social, diminuição da auto-estima. Importância e contributos da socialização e das relações pessoais.	Clarificar crenças e valores Desconstruir percepções negativas Promover e estimular o hetero e autoconhecimento. Promover a socialização. Reforçar a confiança em si e nos outros Contribuir para a melhoria da autoestima.
IV “Comunicar”	Estratégias de gestão de conflitos Comunicação assertiva Influência do estilo de comunicação na socialização. Regras de socialização	Promover o autoconhecimento. Promover e estimular a socialização. Reforçar a confiança em si. Treinar competências de comunicação. Contribuir para a melhoria da autoestima.
V “Socializar”	Estratégias de coping Influência das estratégias de coping na socialização. Estratégias de resolução de problemas	Promover o autoconhecimento. Promover e estimular a socialização. Reforçar a confiança em si. Treinar competências de coping. Contribuir para a melhoria da autoestima.
VI “Elogiar”	Habilidades sociais O autoconhecimento e a auto-percepção positiva Socialização	Promover o autoconhecimento. Promover e estimular a socialização. Reforçar a confiança em si. Treinar competências de coping. Contribuir para a melhoria da autoestima.

Apêndice IV  
Plano da sessão 3 - “Socializar”

### Plano de Sessão 3 “Socializar”

Formador: Maria Emília Correia Raposo	
Duração da sessão (tempo): 60 m	Data: 23 /10/2019 às 11.30h

Conteúdos/Temas	Métodos e técnicas Recursos técnico-pedagógicos de apoio	Objetivos	Tempo	Avaliação
<b>Introdução</b>				
Síntese da sessão anterior	Método expositivo e interativo. Sala com mesa e cadeiras em círculo. Todos os elementos do grupo têm a oportunidade de referir o que foi mais significativo para si na sessão anterior.	Recordar e reforçar os conteúdos abordados na sessão anterior. Estabelecer a ligação entre os conteúdos das duas sessões.	5m	
<b>Desenvolvimento</b>				
Estigma e auto-estigma Implicações na vida da pessoa: atitudes negativas face à doença, dificuldades de socialização, isolamento social, diminuição da auto-estima.  Importância e contributos da socialização e das relações pessoais.	Método: expositivo e interativo. Introdução do tema utilizando o método expositivo. Incentivo para que os elementos partilhem experiências relacionadas com o tema. Exercício: “treino de habilidades sociais”. Utilizando essas experiências reais desenvolve o exercício seguinte: role-play com dois elementos com simulação de uma situação de interação social. Os elementos falam sobre os pontos a melhorar na interação, dão sugestões. Exercício: “A teia da amizade”. Material: novelo de lã/linha. O dinamizador inicia o exercício referindo o que é para si a amizade	Clarificar crenças e valores Desconstruir percepções negativas  Promover e estimular o hetero e autoconhecimento.  Promover a socialização.  Reforçar a confiança em si e nos outros  Contribuir para a melhoria da autoestima.	20m	

	<p>e a importância que tem na sua vida, de seguida passa o novelo a um dos elementos (segurando a ponta do fio) e convida-o a fazer o mesmo. Quando chega ao último elemento, o dinamizador estimula o grupo a falar sobre o significado daquela “teia”, da importância das ligações e relações interpessoais. De seguida faz-se o caminho inverso desfazendo a “teia” e cada elemento refere o que se lembra da apresentação do elemento que vai receber o novelo. O dinamizador reforça os aspetos positivos, estimula a partilha de emoções e sentimentos.</p>		30m	
<b>Conclusão</b>				
Síntese da sessão	<p>Interactiva, realizada por todos os elementos do grupo. Reforçar a importância da socialização e das relações interpessoais.</p>	Reforçar os temas chave da sessão.	5m	Registo dos pontos significativos referidos pelos elementos do grupo.
Programação da sessão seguinte	<p>Relembrar data, hora e temas da sessão seguinte.</p>			



Apêndice V  
Avaliação das sessões psicoeducativas

**Avaliação** (da satisfação) das sessões/intervenções:

- ✓ Qual foi a importância que o tema teve para si?
- ✓ Quais foram os aspetos mais relevantes/positivos para si?
- ✓ Quais foram os aspetos menos positivos para si?
- ✓ O que acha que deveríamos ter falado mais?
- ✓ Gostou de integrar o grupo?
- ✓ Gostaria de participar na próxima sessão? Porquê?

Apêndice VI  
Plano de Sessão Formativa  
“Estigma face à doença mental, atitudes dos profissionais de saúde”

**Plano de Sessão**  
**“Estigma face à doença mental, atitudes dos profissionais de saúde”**

Formador: Emília Raposo	
Duração da sessão (tempo): 2 h	Data: 27/1/2020

Conteúdos	Métodos e técnicas	Recursos técnico-pedagógicos de apoio	Tempo	Avaliação
<b>Introdução</b>				
Avaliação diagnóstica relativamente ao tema da sessão. Avaliação dos elementos do preconceito relativo às pessoas com doença mental. Objetivos da sessão.	Interrogativo, aplicação do Questionário Q-27 e do modelo 43 de avaliação diagnóstica.  Expositivo	Sala de formação Cadeiras Questionários Computador Retroprojector		<b>Diagnóstica:</b> Questionário Q-27 Modelo 43
<b>Desenvolvimento</b>				
Contextualização do tema. Conceitos: estigma e auto-estigma. Processo de estigmatização; estereótipos e preconceitos associados. Agentes estigmatizantes. Níveis de estigma. Reacções emocionais associadas ao estigmatizador e ao estigmatizado. Implicações do auto-estigma na qualidade de vida da pessoa com experiência de doença mental. Estigma institucional e a sua relação com o auto-estigma na pessoa com experiência de doença mental.	Demonstrativo (vídeos) Expositivo /activo	Sala de formação Cadeiras Computador Retroprojector Internet		Formativa
<b>Conclusão</b>				
Síntese dos temas abordados. Avaliação da satisfação	Activo/interrogativo	Questionário		Avaliação da satisfação

